PULMONARY DISEASES DUE TO NON TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA

ومخه د دې ګروپ په باره کې لنډه یادونه شوې وه ، دې ګروپ
مایکوباکتریا ته یې څنوا UNCLASSIFIED ، OPPERTUNIST ،
SAPROPHYTE ، ANNONYMUS ، ATYPICAL
ویل ، مګر وروسته څرګنده شوه چې دوی هم د ناروغۍ سبب
ګرځي او په لاندې څلور ګروپونو ویشل شوې دي .

PHOTOCHROMOGEN : که د مکروب کرنغې
(CULTURAL MEDIA) په تورتم کې وکتل شي ، نو کالونی
یې هیڅ رنګ نلري ، خو په رڼا کې زېړ نارنجي رنګي سبکاري .
MYCOBACTERIUM KANSAI له دې ډلې څخه
دی چې د سږو د سل په ډول ناروغي منځ ته راوړي او په شپږو
اونیو کې او سپږي او په خاورو کې نشي او سېدلی .
SCOTOCHROMOGEN : کالونی هم په تورتم او هم په
رڼا کې رنګ ورکوي چې رنګ یې زېړ ، نارنجي یا سور دی .

- M. SCROFULACEUM له دې ډلې څخه دی.
دغه ډېر د لمفاوي غوټو التهاب منځ ته راوړي، چې SCROFULA بلل کېږي.

- NONPHOTOCHROMOGEN : په رڼا او تورتم دواړو کې رنګ ورکوي.
M. AVIUM INTRACELLULARIS په دې ډلې پورې اړه لري هم په سږو او هم په لمفاوي غوټو کې د ناروغۍ سبب ګرځي.

RAPIDLY GROWER : په کرنځۍ کې ډېر چټک وده کوي.

پورتني ټول ذکر شوي ګروپونه په زیات SUB ګروپونه لري چې د لته پرې بحث نه کوو.
د ذکر شویو ګروپونو په واسطه منځ ته راغلي توبرکلوزیک ناروغۍ لاندې اوصاف لري.

۱- که مساعده زمینه موجوده وي ناروغي منځ ته راځي، مثلاً ناروغ له پخوا څخه په COPD یا PNEUMOCONIOSIS اخته وي.

۲- ډېره شدیده ناروغي منځ ته نه راوړي.

۳- عموماً UPPER ZONE په آفت اخته کېږي.

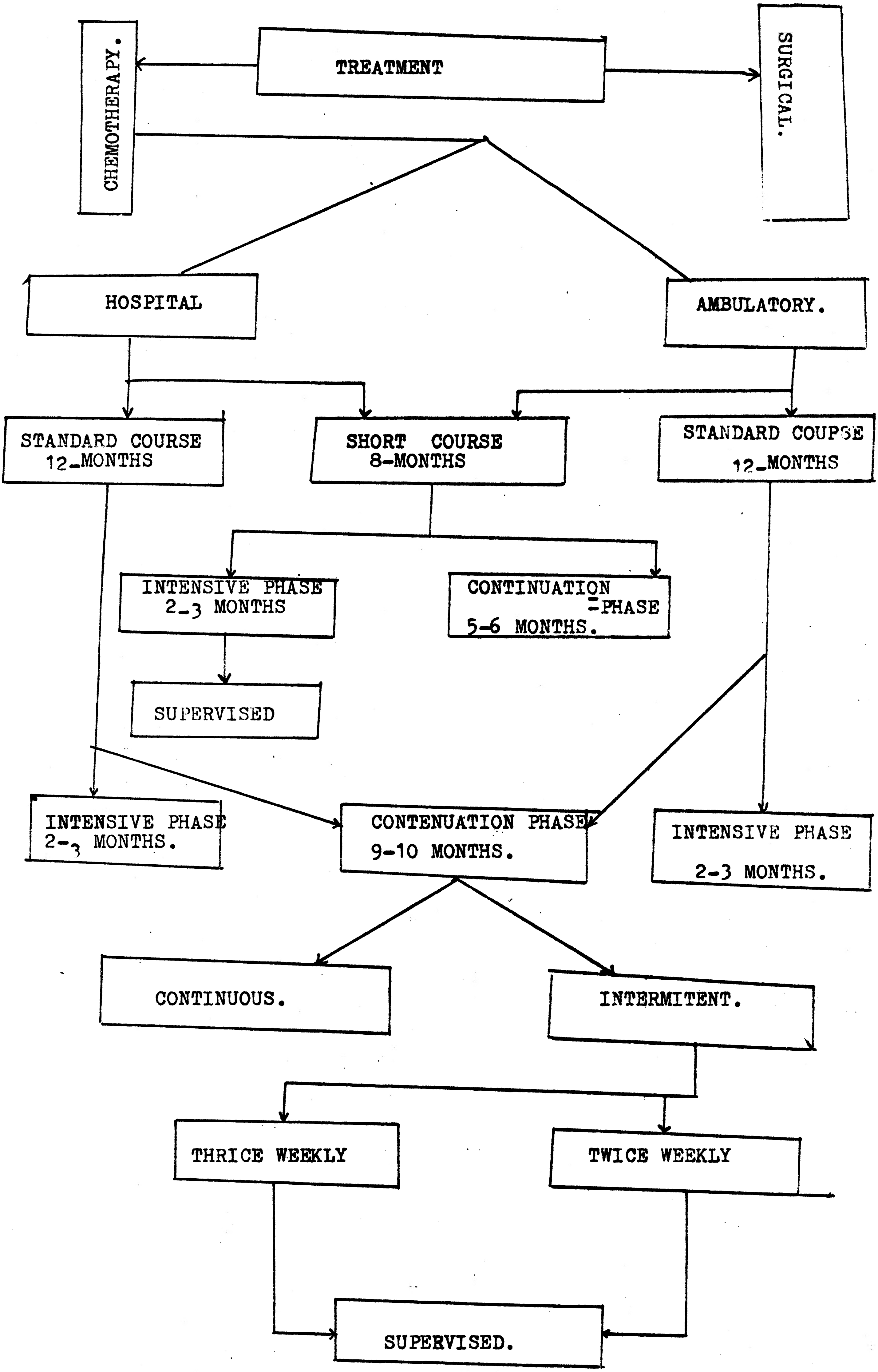
٤- راديولوجيک منظرې کرونيک توبرکلوز ته ورته وي.

٥- پرته له سږو او لمفاوي غوټو د بدن نور غړي په مرض اخته کولی شي.

٦- يوه دوره تداوي يې په دوه کلنه موده کې بشپړېږي.

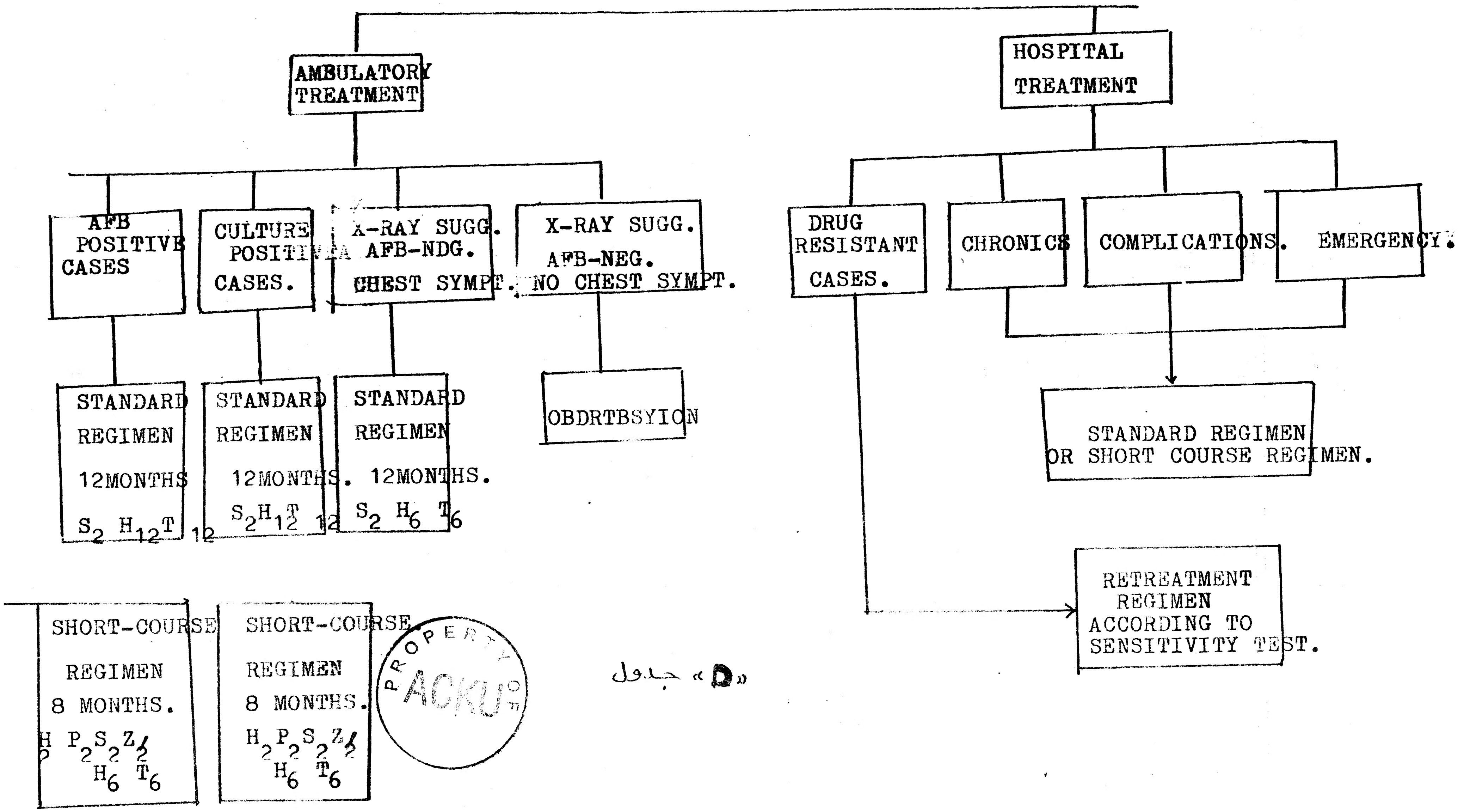
٧- د ناروغ ISoLATION ته ضرورت نشته، ځکه چې د انسان منبع انسان نه بلکې چاپېريال دی.

٨- د ١٠٪ په شاوخوا کې په ځينو هېوادونو کې د سل سبب کېږي.


TREATMENT
CHEMOTHERAPY.
SURGICAL.
HOSPITAL
AMBULATORY.
STANDARD COURSE
12_MONTHS
SHORT COURSE
8-MONTHS
STANDARD COURSE
12_MONTHS
INTENSIVE PHASE
2_3 MONTHS
CONTINUATION
-PHASE
5-6 MONTHS.
SUPERVISED
INTENSIVE PHASE
2-3 MONTHS.
CONTENUATION PHASE
9-10 MONTHS.
INTENSIVE PHASE
2-3 MONTHS.
CONTINUOUS.
INTERMITENT.
THRICE WEEKLY
TWICE WEEKLY
SUPERVISED.

جدول «A»

TREATMENT SCHEME



PROPERTY OF ACKU

جدول «D»

ARIC
B
6.5131
LAG
299

SERIES No. 27

TUBER CULOSIS

By

DR. MOHAMMAD YOUSUF

LAGHMANI

Specialist of Chest Diseases

Published

By

Writers Union of Free Afghanistan

WUFA

Copies: 2000

توبرکولین په مختلفو میتودونو تطبیقیږي، خو
د WHO له خوا MT (مانتوتست) سپارښتنه شوی
دی، پرته له MT نه په انګلستان کی HEAP TUBERCULIN-
TEST او په امریکا کې TUBERCULINE TINE TEST
MULTIPUNCTURE نه رواج لري. دا دواړه وروستني تستونه
په شکل اجرا کیږي.

- × د MT (مانتوتست) د تطبیقولو طریقه

MT ځانله مخصوصې پیچکاریګانې لري چې د هغې په واسطه
د توبرکولین د محلول $\frac{1}{10}$ ملی لیتر د ښنګلي د بند په ښکتنۍ
خوا یعنې د مړوند د پورتنۍ برخې په INTRA DERMAL
طبقه کې پیچکاري کیږي. باید له پیچکارۍ شوي ځای څخه
وینه ونه بهیږي، که زیږې او به راووځي پروا نکوي.
څرنګه چې دا یو LATE (مؤخر) مجروی عکس العمل-
(REACTION) منځ ته راوړي نو 72 - 48 ساعته وروسته
کتل (لوستل) کیږي او دا ډول راپور ورکول کیږي:

0-4 mm پورې منفي قبول شوي دی.

4-9 mm پورې مشکوک واقعات دي.

10 mm او له دې نه زیات واقعات مثبت قبلیږي.
د لته یو ازې کلکوالی (INDURATION) اندازه کیږي.

(۱) منفي عکس العمل څه معنا لري؟ (0-4 mm)

A– وجود نه مکروب هیڅ نه دی داخل شوی.

B– مکروب داخل شوی خو تر اوسه الرژیک عکس العمل منځ ته نه دی راغلی.

(ANTEALLERGIC PHASE)

داتقریبا 8-4 او نیم پورې وخت نیسی، یعنې د مکروب له داخلید وڅخه د عکس العمل تر منځ ته راتللو پورې.

C– خپله واکسین خراب سوی دی.

D– د تطبیقولو تکتیک غلط وي.

E– لوستل او راپور غلط وي.

F– عکس العمل مثبت وي خو د ځینو ناروغیو د موجودیت له کبله او یا د بعضو ناروغیو د استعمال له خاطره د بدن مقاومت متاثر شوی او عکس العمل یې له منځه وړی دی، لکه شری، توره ټوخلې، نوري وایرسي ناروغۍ، پرمختللې سل، زړښت او نورې یو شمیر سختې ناروغۍ چې د وجود مقاومت له منځه وړي. همدارنګه ځینې دواګانې لکه CORTICOSTEROID او داسې نور.

د یا دولو وړ تکی دادی چې په هغو ناروغانو کې چې د سل ضد درملونه خصوصاً INH استعمالوي، نوموړی تست منفي کېدای شي.

(۲) مشکوك واقعات (4-9 mm) :

A ـ هغو خلکو ته چې BCG تطبیق شوی.
B ـ ATYPICAL MYCOBACTEIUM TUBERCULOSIS
C ـ NONE SPECIFIC INFECTION
D ـ د بعضې هېوادونو خلک (WEAK REACTION) ښیي.

(۳) مشبت (10 mm او یا زیات) واقعات :

په دې واقعاتو کې په وجود کې مکروب موجود دی او په (INFECTIOUS TUBERCULOSIS) دلالت کوي. کېدای شي چې د سل ناروغي موجوده وي او یا نه، هرڅومره چې عکس العمل شدید وي په هماغه اندازه د ناروغۍ د موجودیت احتمال زیات دی.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

د MYKES چې (M. TUBERCULOSIS)
FUNGUS معنالري اخيستل شوي دي يعني MYCOBACTERIACEAE
چې د ACTINOMYCETALIS د کورنۍ څخه دي. توموړی
مکروب په ۱۸۸۲ کې د ROBERT KOCH له خوا کشف شو او د
(TUBERCLE BACLLI) په نامه يې ياد کړ، په دغه
وخت کې د KOCH د باسيل په نامه هم يادېږي. څرنگه چې په
ترکيب کې يې (LIPIDS) (شحميات) زيات دي نو د
GIEMSA د تلوين په واسطه يې رنگول (تلوين کول) مشکل
دي. اوس زياتره د تلوين له پاره د ZIEHL NEELSEN
له ميتود څخه استفاده کيږي.

توموړی مکروب 0.5 Mmm پلن او 4Mmm په شاوخوا
کې اوږد والی لري. د کوچنی ROD (نخښې) په شکل او يا
منحني وي. که د ZIEHL NEELSEN په ميتود رنگ شي،
نو تر مايکروسکوپ لاندې خپله مکروب سور او دلم ځمکه يې آبي
ښکاري. هغه وخت چې FCIS CHIC IN په مکروب ونښلي

نو د قوي تېزابو او الکولو په واسطه نه لري کېږي. نو له دې کبله
ورته ACID-O-FAST باسیل وايي چې په لنډو ډول A.F.B
ليکل کېږي. د دې مکروب په ترکيب کې يو شمېر ذريات مسوا د
موجود دي چې هر يو يې خاصه دنده لري، بعضي يې د
VIRULANCE ، ځينې يې د ANTIGEN ، بعضي يې د
METABOLISM ، بعضي يې بو دي او نشونما او ځينې
يې د حجروي عکس العمل وظيفه په غاړه لري. د دغه مکروب
(EXOTOXIN) او ENDOTOXIN بيا د ـــ
(EXTRACELLULAR) انزايم نه افرازوي. بعضي د
حجروي ديوال د ليپد ترکيب تاثير د نسج او مايکرو انکشاف
د مبارزې په لړ کې IMMUNE REACTION د ناروغۍ په مخ
تللو کې اغېزه لري.

تر اوسه پورې د 43 په شاوخوا کې انواع (SPECIES)
يې پېژندل شوي چې ټول يې ځای په ځای OBLIGATE PARASITE
(SAPROPHITE) او (APPERTUNIST)
ويشل کېږي چې MYCOBACTERIUM TUBER. په لومړي
ګروپ پورې OBLIGATE PARASITE پورې اړه لري، همدارنګه
MYCOBACTERIUM LEPRA هم په دې ګروپ پورې
اړه لري. MYCOBCATERIUM TUBER.. د فقاريه حيواناتو
په TYPE او سړې وينې لرونکو انسانو ويشل کېږي چې
د فقاريه په TYPE ، HUMAN TYPE او BUVINE TYPE

او AFRICAN TYPE او دوه نسوري گروپونه چې
SOUTH INDIAN په نامه یادیږي اړه لري، چې دا
دواړه وروستني تیپونه د HUMAN تیپ —
SAPROPHITE، APPERTUNIST او ... دي. VARIENT
MYCOBACTERIUM OTHER THAN TUBERCULOSIS بیخایه
ATYPICAL UNCLACIFIE NON په نامه یادیږي چې ... د
PATHOGEN او داسې نور وبیه ... ENDOMORAS
(CULTURE) د M.TUBERCULOSIS د کرل
له پاره دوه ډوله جامد او مایع وسطونه (MEDIUM) استعمالیږي
چې مهم یې د LOEWENSTEIN JENSEN وسط دی.

د ZIEHL NEELSENS طریقه: دا لاندې مرحلې لري:

1- SPECIEMEN یعنې د خراشکو شړنه اخیستل.
2- FIXATION.
3- COLORIZATION
4- DECOLORIZATION
5- د لم د څنګې د تحول

(1) د بلغم (خراشکي) د معاینې له پاره پر مناسب مقدار چې
د رنګ یې زیاتره د شین بخن وي، اخیستل کېږي او باید لږ تبیت
شي بیا یې FUCHICIN وا چول شي او د الکول به لبې

حرارت ورکول کېږي ، ترڅو چې بخار تري پورته شي ، څو ځله خو ښکول کېږي او بیالم په اوبو پرېمنځل کېږي او تري الکول او اسید پرې اچول کېږي ، بیاهم په اوبو پرېمنځل کېږي ، او بیاهم METHYLINEBLUE ورباندي اچول کېږي چې دغه حاضر شوي لم ته SMEAR ویل کېږي او دغه تر میکروسکوب لاندې د OIL IMMERSION GLASS په ذریعه لیدل کېږي او په لاندې ډول راپور ورکول کېږي ؛

منفي (-) ، + ، + + او + + +

د دې لپاره چې په DIRECT MICROSCOPE باندې توبرکلوز باسیل ولیدل شي باید په یو ملي لیتر M بلغم کې لږ تر لږه 5000 باسیلونه موجود وي . کله کله باسیل موجود وي اما نتیجه په غلطۍ سره منفي وي چې دې ته کاذبه منفي (FALSE NEGATIVE) نتیجه وایي ، او سببونه یې په لاندې ډول دي :

A – د معاینې لپاره له خولې څخه بله نمونه نه وي اخیستل شوې .

B – نمونه په لم کې ښه نه وي اواره شوې .

C – په MICROSCOPE باندې ښه نه وي لټول شوې .

D – د معاینه کوونکي په سترګو کې تکلیف وي .

E – یا بلغم په لازم وخت کې معاینه نشي او ډېر وخت پرې تېر شوی وي .

F – بلغم د لمر وړانګو او یا (RADCATION) خصوصاً ماوراء بنفش ته ښکاره شوی وي .

G ـ یا د بلغمو په cup باندې غلط LABEL شوی وي او یا راجستر غلط وي ، کله کله په بلغمو کې مکروب موجود نه وي اما ځواب مثبت راځي چې دې ته PSUEDO POSITIVE وايي او د لاندې اسبابو له خاطره منځ ته راځي :

A ـ بعضي مواد

B ـ MYCOBACTERIUM OTHER THAN TUBERCULOSIS

C ـ FIBRES AND POLLENTC

D ـ دلم د جوړولو په وخت کې د رنګ د لیکو پاتې کېدل .

E ـ د انتقالولو په وخت کې د بل چا د بلغمو ذریعه CONTIMINATION

F ـ یا زیات سلایډونه چې د رنګ له پاره په یو ځای ایښودل شوي وي .

G ـ یا د معاینې نه وروسته OIL IMMERSION GLASS نه وي پاک شوی .

H ـ یا په عین کاغذ څو ځله پاک شوي وي او یا سلایډونه څو ځله استعمال شوي وي ، نو باید لم د یو ځل استعمال نه وروسته له منځه یوړل شي او بیا استعمال نه شي .

د ZIEHL NEELSEN میتود د کمښت په لاندې ډول دي :

عین میکروسکوپ د نورو روښی معاینات له پاره هم استعمالیدلی شي نو اقتصادي ګټه لري ، او استعمال یې هم اسان دی . په دې میتود کې بلغم په استقلالو سره کېږي او یا د HEMOGENIZATION نه وروسته

DIRECT MICROSCOPIC معاینه کېږي ، په پرمختللو
مرکزونو کې د FLOURESCENCE MICROSCOPY میتود
استعمالېږي.

څرنګه چې مخکې وویل شول چې MYCOBACTERIA په دوه
ډولونو یعنې TYPICAL او ATYPICAL مایکوبکتریم
توبرکلوز نه وېشل کېږي او د دغه ATYPICL شکل یې یا د
(APPERTUNIST) او یا (SAPROPHITE) ګروپ
پورې اړه لري . کله کله تا روغ د کلنیکي او راډیولوژیکي
معاینا تو له نظره په توبرکلوز اخته ثبت کېږي ، خو په بلغم کې یې
مکروب نه موندل کېږي ، او یا مکروب موجود وي خو د تداوي
په واسطه له منځه نه ځي او د TYPE تعیینول لازم وي . په پورتنیو
صورتونو کې د بلغم له کلچر څخه استفاده کېږي . په کلچر کې
M.TUBERCULOSIS د ودې له پاره له څلورو څخه تر شپږو
اوونیو پورې وخت لازم دی او لنډ تر لنډه باید اته (8) اوونۍ
انتظار وکړل شي چې د کلچر نتیجه که منفي وي راپور ورکړل شي
څرنګه چې M.TUBERCULOSIS ورو - ورو وده
کوي نو د SLOWER GROWTH ګروپ په ډله
کې داخلېږي او M.OTHER THAN TUBERCULOSIS
ډېر ژر وده کوي یعنې حتی د کلچر په څلورمه ورځ وده
شروع کېږي او هم کلچر کې رنګ لرونکي کالونۍ جوړوي . له
کبله یې پر څلورو ګروپونو وېشي :

لومړی : PHOTOCHROMOGEN

دوهم : SCOTOCHROMOGEN

دریم : NON PHOTOCHROMOGEN

څلورم: RAPIDLY GROWER

چې موضوعي څلور ګروپونه د

RIUNYON - I

RIUNYON - II

RIUNYON III

او IV RIUNYON په نومونو هم یادیږي.

کله د بلغم په دایرکت مایکروسکوپیک معاینه کې A.F.B مثبت وي نو کلچر کې وده نکړي او د لاندې سببونو له امله پیدا کیدای شي:

A: مایکروسکوپیک معاینه کې به مایکوباکتریوم لیدل شوي وي.

B: په کلچر میډیا کې ښه کرل شوي نه وي.

C: ممکن لیدل شوي A.F.B ښه نه وي یعنې ضعیف وي.

بسم الله الرحمن الرحیم

سریزه (INTRODUCTION):

د سل یا نري رنځ ناروغي د هغو ناروغیو له ډلې څخه ده چې له ډېرې پخوا زمانې راهیسې پېژندل شوې ده. د هندیانو په مذهبي کتاب کې له دې رنځ څخه په لسانه توګه یادونه شوې ده. د مصر مومیایي شویو فرعونیانو د ملا د تیر په هډوکي کې داسې نښې نښانې لیدل شوې چې د هغوی د سل ناروغۍ ته ورته والی لري.

پخوا له دې چې د ناروغۍ میکروب وپېژندل شي، د تجربو په واسطه څرګنده شوې وه چې دا یوه میکروبي او ساري ناروغي ده. په ۱۸۸۲ عیسوي کال کې رابرټ کوخ، د سل د ناروغۍ میکروب د لومړي ځل له پاره وموند.

د سل ناروغي ساري ده، نه ارثي. ماشومان چې د سل په ناروغۍ اخته میندو څخه زېږي تر راځي روغ رمټ وي او د هغو ماشومانو سره کوم توپیر نه لري چې له روغو میندو څخه دنیا ته راځي.

BCG

((BACILLE-CALMETTE GUERIN))

څرنګه چې د CALMETTE - GUERIN له خوا نوموړی واکسین جوړ شوی نو ځکه په دې نوم یاد شول. نوموړو مؤلفینو د BOVINE TYPE باسیل څخه د لومړي ځل له پاره د واکسین جوړ کړل. دا اوږد دې موده کې له پاره یې باسیل له یو کلچر نه بل کلچر ته او همدا سې په پرله پسې توګه نقل (تزریق کړل). تقریباً: (13) کالونو په اوږدو کې داسې مکروب لاس ته راغی چې VIRULANCE یې له لاسه ورکړې وه او د ANTIGENIC خاصیت یې درلود او په همدې توګه ثابت وساتل شو او د VACCINE په شکل یې ترې استفاده وکړه.

د سل نه د مخنیوي په هکله په هغه چا کې چې PPD منفي وي او د انسان له منبع سره په تماس کې وي. لکه هغه ماشومان چې مور یې په سل اخته او په بلغمو کې یې د سل مکروب موجود وي. همدا رنګه پرسونل په خانګړي توګه هغه چې نوي شامل شوي وي، لکه نرسان، مستخدمین او ستاژر ډاکټران. همدا راز د شکري ناروغان چې PPD یې منفي وي یې باید BCG ورته تطبیق شي.

د سل د ناروغۍ سره د مبارزې په ترڅ کې په نړیوال سیمینار کې چې د هندوستان-

د صد راس په بنارکې د تش دا خبره په ډاګه شوه چې د B.C.G واکسین
د سل سلنه وقایه د ځنیو له پاره نو پر اغېزمن نه دی ، بیا هم که څوک
B.C.G شوی وي ، نه یوازې دا چې د ناروغۍ په ځینو پاتې به اغېزه
ولري ، بلکه که ناروغ شي نو ناروغي به یې ډېره خطرناکه نه وي .
احتمال لکه هم COMPLICATION لکه MENINGITIS او
MILLIARY TUBERCULOSIS لږ لیدل کېږي .

د B.C.G واکسین 0.1 ml د DELTOID سیمه عضله کې په
INTRADERMAL ډول په اغېزه لرلای شي ، سره له دې چې
زیات شمېر مؤلفین په دې عقیده دي چې که څوک تر میاشتو وروسته
ار واکسین شي و پېښه یا نقص نه دی ، بیا هم کله کله لیدلای شو چې
شپږ میاشتو وروسته فعال شوی دی .

پخوا هیچ واکسین نه وو چې او تازه ، چې په تخنیکي واکسین به ډېر
اوږد تخنیک زیات د استعمال وړ نه وو . اوس هیچ کنګل شوی (Freeze dried)
واکسین موجود دی چې د ساتنې ګریډ له شپږ و د ډېرو (۶) میاشتو په تېښه
تر دوه ځلې ساتل کېږي ، چې تر یوه کال پورې هم ساتل کېدای شي ، باید واکسین
دا په له و په انځور کې لرې او په تر یخچال کې وساتل شي .

د یادولو وړ ټکی دا دی چې په هغو کوچنیانو کې چې د BCG واکسین
تطبیق شوی وي د LEUKEMIA د واقعات کم لیدل کېږي ، خو اوس
هم دا مسئله ډېر شمېر محققینو تر څېړنې لاندې ده .

(1)

PRIMARY PULMONARY TUBERCULOSIS

څه وخت چې د لومړي ځل له پاره د سل مکروب بدن ته داخل شي
نو تر (۴-۶) اونیو وخت پکار دی چې د سل انفکشن منځ ته
راشي. لومړنی مرضي محراق اکثراً په سږي کې وي، خو په کولمو
تانسلونو او پوستکي کې هم منځ ته راتلای شي، په یو مختلیو قبیلو
کې او به یې ازې د سږي د لومړني آفت لیدل کېږي. د بدن د نورو
غړو لومړني محراق ډېر کم دی. باسیل زیاتره له تنفسي لارې
څخه بدن ته داخلېږي، په قدوسته پاتې مواد وزرې به ځانګړې
ترګه یې مغز [illegible] کې چې لاتر اوسه شیدې پرته له پاستوریزه کېدو
او ایشېدو څخه څښل کېږي، د هاضمې جهاز له لارې هم توبرکلوز
باسیل وجود ته داخلېږي. کله چې د سل مکروب سږي ته ورسېږي
او هلته یې لومړنی آفت را منځ ته کړ دی لومړني آفت ته
GHONS FUCOUS یا CHANCRE TUBERCULOSIS وايي.
له دغه محراق څخه لمفاوي شبکې په واسطه مکروب لمفاوي غوټو ته
رسېږي او په لمفاوي غوټو کې هم آفت (LESION) منځ ته راځي چې د دغه
لمفاوي غوټې د لومړني محراق سره یوځای PRIMARY COMPLEX

یا GHONS COMPLEX بلل کیږي.

GHONS FUCOUS (لومړنی محراق) د سږي په هره برخه کې منځ ته راتلای شي، خو سطحي برخې او بالخاصه پر ... دي موقعیت لري ځکه په هغو ځایونو کې چیرته د اکسیجن فشار (PO_2) زیات وي میکروب ... کوي له هغې ځایه ... چې په سږي کې زیات آفت منځ ته راولي.

د PRIMARY COMPLEX سره راډیولوجیکي او کلینیکي بدلونونه یو ځای PRIMARY PULMONARY INFECTION بلل کیږي.

د PRIMARY COMPLEX ابتدایي آفت په تعقیب SQUEL ... ته ... کیدای شي او یا ... پرځای CALCIFICATION حتی OSSIFICATION هم منځ ته راشي. د لمفاوي غوټو آفت هم ... کیدای شي یا غوټې د BRANCH په جدار فشار راوړي او ... هم التهاب منځ ته راوړي. کله چې د BRANCH دیوال سوری کړي او د لمف التهابي مواد BRANCH ته داخل او د سږي نورو برخو ته میکروب خپاره کړي او یا BRANCH له بهر څخه چپه او تنګه یې کړي چې په نتیجه کې (ATELECTASIS) او RECURREN ... او (BRANCHIACTASIS) PNEUMONIA منځ ته راوړي.

BRANCH د MIDDLE LOBE د لمفاوي غوټو ... په ځانګړي توګه د MIDDLE LOBE د ... BRANCH تنګه ده ... زیات په ... لوب (M. LOBE) کې لیدل کیږي او MIDDLE LOBE SYNDROME ...

PROPERTY OF ACKU

او یا د BROCK SYNDROM په نوم یادېږي. کله کله چې مکروب د لمپ جریان یا دوینې بهیر ته داخل شي د سږي د داخل اعضو د بدن نورو غړیو ته لکه پښتورګي، پریتوان MENINGES او هډوکو ته ورسېږي او د هغه غړیو TUBERCULOSIS منځ ته راوړي.

کله کله د لمپ التهاب مواد چې BRONCH ته داخل شوي دي او زیات مکروب ولري په LOCAL ډول د هغه په مقابل کې الرژیک عکس العمل منځ ته راځي او په نمونیا تبدیلېږي، چې د هغه نمونیا EPITUBERCULOSIS وایي.

د ناروغۍ کلنیکي بڼه

اکثراً دغه ناروغي پټه تېرېږي او کومې ښې نښانې (اعراض او علایم) نه ښيي او تصادفاً د ایکسرې په ذریعه پېژندل کېږي. او کله یا د وسره چټک حرکت کوي چې محرقې ته ورته وي او د *TYPHO BACILLOSIS LANDOSI* په نامه یادېږي. تبه، ټوخی، د وزن بایلل یا وزن نه اخیستل (په کوچنیانو کې) اسهال، د اوړي مړو میته نه لرل، د شپې خولې کېدل، بې اشتهایي، بدخلقي او ناآرامي هغه نښې نښانې دي چې PRIMARY COMPLEX کې لیدل کېږي. زیاتره اکثراً ټوخی خفیف وي، کله کله (PAROXYSMAL) شکل لري چې په برانش باندې د

د لمفاوي غوټو د فشار له کبله منځ ته راځي.

د ناروغ په معاینه کې کله چې نه لیدل کیږي او کله ناروغ ډېر ضعیف او که کوچنی وي خوشاله نه ښکاري، د ښېښه یې ځلانده او څېره یې تازه نه ښکاري، د سږو په اصغا کې کله کله WHEEZ او CRIPITITION او ریدل کیږي.

: ERYTHEMA NODUSUM

د PRIMARY COMPLEX د سیر په دوره کې پیدا او کې لیدل کیږي. دا کومه وضعي (SPECIFIC) علامه نه ده ځکه په نورو ناروغیو او هم د پوستکي د نورو د خوړلو په وخت کې هم لیدل کیدای شي لکه HEMOLYTIC STREPTOCOCCI انتان، روماتیزم SARCOIDOSIS، COCCIDIOIDOMYCOSIS، CATSCRATCH DISEASIS، HISTOPLASMOSIS LEPROSY (جذام) او داسې نورې ناروغۍ. همدارنګ د SULPHATHIAZOL د استعمال په وخت کې هم ERYTHEMA NODUSOM لیدل کیدای شي.

E. NODUSUM د زنګنونو لاندې زیات لیدل کیږي او د پوستکي لاندې واقع دي 5-20 mm جسامت لري، شکل یې منظم نه وي، همدارنګ په وچولي، پوزه، مخ او څنګلو کې هم لیدل کیدای شي. کله کله خو غوټۍ پرځای د سیګرو د پاسه سور داغ جوړوي. د پرې او رونډ په اوږد دوره کې یې رنګ بدلیږي-

او نسواري رنګ اختیاروي، ترڅو هغه تر دوام ځای په ۲۰ - ۵۰ کلنو شخړو کې وځنیم سیر لري.

بېلوونکې پېژندنه

(DIFFERENTIAL DIAGNOSIS)

INSECT BITE : د حشراتو چیچل، HENOCH SCHONLEIN PURPURA - سره یې باید توپیر وشي، لوړ ESR او مثبت MT د ERYTHEMA NODOSUM د تشخیص سره مرسته کوي.

لنډاوی: که په راديولوجيک معاینات کې PRIMARY COMPLEX او PRIMARY PULMONARY TUBERCULOSIS موجود وي باید په ځینو پېښو کې تداوي اجرا شي او که یواځې MT مثبت وي نو یا هم یو کال تداوي غواړي.

PHLYCTENULAR CONJUNCTIVITIS : دا ټب یوازې PRIMARY تیوبرکلوز کې نه لیدل کیږي بلکه په SARCOIDOSIS او HEMOLYTIC STREPTOCOCCAL انتکشن کې هم لیدل کیږي او TB د باسیل په مقابل کې د بدن یو قسم عکس العمل دی. دا آفت یا په یوه سترګه کې موجود وي او یا په دواړو.

سترګو کې . د سترګو په LIMBUS کې یو کوچنی BLEB یا
غوټه دا افت وي چې خلاف د زیږ بخن او یا هم لا دې ریکلر چاپیره
ګڼې یې او د BLEB نه وعایي شبکې CONJUNCTIVA ته
ننوځي . تخریش ، اوښکې او PHOTOPHOBIA منځ ته راوړي .
تداوي: ATT نه برسیره په موضعي توګه یو فیصده (۱٪)
ATROPINE 0.25% او HYDROCORTISON څڅول
کیږي .

د PRIMARY COMPLEX اختلاطات

له مهمو اختلاطو څخه یې یو HEMATOGEN سرایت
دی خصوصاً MILLIARY TB او یا نور مختلف POST PRIMARY
شو بیرکلوزس منځ ته راوړي ، همدارنګه PULMONARY
OBSTRUCTIVE EMPHYSEMA ، BRONCHIACTASIA
BRONCHOCLITIS ، BRONCHITIS TUBERCULOSIS
او HEMOPTYSIA هم منځ ته راوړي .
تشخیص: د PRIMARY PUL.TB د تشخیص له پاره د سږو
ایکسرې ، ESR ، MT او د بلغمو معاینه اجرا کیږي .
کله کله په کوچنیانو کې د معایني له پاره د معدې لواژ اجرا کیږي
که PRIMARY COMPLEX په کوچنیانو کې منځ ته راغلی وي په

سن و کې لومړنی محراق مینځ ته ایسته کېږي ، مګر د لمفاوي غوټو آفت برجسته او څرګندوي او که PRIMARY COMPLEX په غټیانو کې منځ ته راغلی وي نو لومړنی محراق برجسته او ADENOPATHY برجسته نه وي .

تداوي : د PRIMARY Pul توبرکلوزس تداوي د روسته د CHEMOTHERAPY په بحث کې په مفصله توګه تشریح کېږي ، خو دلته په لنډه توګه یادونه کېږي :

په کوچنیانو کې باید ETHAMBUTOL ورنکړل شي ، ځکه چې د کوچنیانو د سترګو معاینه په اسانۍ سره نه اجرا کېږي او په مقدم ډول سره د نوموړې دوا تاثیرات نشي څرګندېدای . همدارنګه د نابالغ عمر تر دوو کالونو کم وي REMACTAN نه ورکول کېږي .

تداوي باید د INH او REMACTAN پواسطه پیل شي INH (ISONIAZIDE) پنځه ملي ګرام د بدن په یو کیلو ګرام وزن او REMACTAN (10 - 12 mg) د بدن په یو کیلو ګرام وزن ورکول کېږي .

ISONIAZIDE پرته له ځینو استثنایي واقعاتو تر 300 mg او REMACTAN باید تر 600 mg زیات ورنکړل شي . که د نابالغ عمر تر 50 کلنۍ څخه کم وي 450 mg REMACTAN ورکول کېږي او که د نابالغ عمر د 50 کلونو څخه زیات وي په یو ورځ کې تر 600mg زیات نه ورکول کېږي . که د INH په مقابل کې مقاومت موجود وي نو دریم درمل باید علاوه کړای شي .

لکه PAS .

PAS د ورځې 250 mg د بدن په یو کیلو ګرام ورکول کیږي او تر لوړو یې دوه میاشتو پورې دوام ورکول کیږي. او بیا یوازې دوه درملونو ته دوام ورکول کیږي. که تداوي د INH او REMACTAN په واسطه پیل شوې وي د 15-8 میاشتو مودې له پاره او که د INH او PAS په واسطه شروع شوې وي نو 18-12 میاشتو پورې دوام مومي او په دې ډول درملنه کې د اوږدې مودې له پاره ورکول کیږي.

پخوا له دې چې دد ې نا روغۍ درمل وپېژندل شي ، دسل
نا روغانو به يې په سناتوريمونوکې چې په هوا لرونکو او دښکلو
منظرو لرونکو ځایونوکې به جوړ شوې ول تر تداوۍ لاندې
نيول . استراحت ، ښه خوراک او ځنباک ، د ويټامينونو او معدني
موادو (منرالونو) استعمال د دوی د تداوۍ اساسي برخه
تشکيلوله . او وروسته د سږو د استراحت کولو جراحي تداوي
(collaps therapy) شروع شوه تر هغې چې (I NH)
راینو نیازید SM ، PAS اونور درملونه وپېژندل شول
او collaps therapy وروسته خپل ځای شيموتراپي ته
پرېښود .

که شيموتراپي په بشپړه توګه تطبیق شي په سلوکې (۹۵) نا روغان
شفا مومي ، پاتې نا روغان که لازم وي جراحي تداوي ته
سپارل کېږي ، چې دا کار کله ـ کله حياتي اهميت لري .

اوس په تداوۍ کې ويټامين ، معدني موادو او کوم مخصوص
رژیم ته اړتیا نشته . که ځانګړی رو غتون موجود نه وي ، او
په عمومي روغتونونوکې کومه بېله ځانګه جوړه شي ، تر څو چې
په هغې کې د سل نا روغان دېرې لنډې مودې له پاره تداوي شي
هم کفایت کوي .

دغه نا روغۍ ز مونږ په ګران هېواد افغانستان
کې د روسانو له یرغل او تېرې څخه د مخه هم ډېره لیدل کېدله

Miliary Tuberclosis

Miliary د ګدن یا جاورسي په معنی دی، ځکه دغه شکل
د Post primary Tuberclosis د سږي په X-Ray
کې ګډ نوټه ورته دی، نو له دې کبله یې دغه نوم ورکړی دی.
دغه ناروغي د هیماتوجنس له لارې منځته راځي. په کوچنیانو کې ډیره
لیدل کیږي، حتی چې که عمر یې تر یوه کاله کم هم وي.

هر هغه فکتور چې د بدن مقاومت کموي د MIL-T.B
د را منځته کولو له پاره لاره هواروي لکه: فقدان غذایي،
وخیمې ناروغۍ، ځینې دارو درمل لکه کورتیکوستیرویدونه او ویروسي
ناروغۍ، خصوصاً Measles، توره ټوخله.

د شري ویروس د تیموس غدې له لارې په T لمفوسیت
تاثیر کوي او په دغه ډول د بدن ځواک او توان له منځه وړي.
د کورتیکوستیرویدونو اغېزه د لمفاوي سیستم له لارې ښکاره کیږي.

دغه ارزن، ګدن-شکله آفت د EPITKeloid -
Langhans - Lymphocyte حجرو نه چې مرکزي
Caseation لري، جوړ شوی دی.

میلیري توبرکلوز د پرایمري توبرکلوز په تعقیب پیدا کیږي یا
ډیر وروسته له ښه کیدو نه د Post primary Pulmonary-T.B په سیر کې

منحنی ترسیمی ، له هغې کبله یې فرانسویان Hordicycle
بولي ، یعنې په هر وخت کې دا تودوخې کلک منحنی راتلای شي .

د هغه جاروسي تودوخې کلوز په سر کې لیدل کیږي خو په پلو د ا ،
پرېتوان ، سحایا ، بدوجهي . . . ټیکې کې هم لیدل کیږي ، اوس
جاروسي تودوخې کلوز لږ لیدل کیږي ځکه چې B.C.G تطبیق کیږي .
په وخت Post Primary Pulmonary او Primary Tuberculosis
سره تشخیص اوقد اوي کیږي ، بې ځایه کرد تیکو سیتروئید نه ورکول
کیږي . د شري و اکین اوس رواج لري ، غذا ئي فقدان کم
شوی ، د ژوند انونو وضع ښه شوې ده ، البته زموږ په مهاجرو کې دا
حالت معکوس دی .

کلینیکي بڼه :

Mil-TB کلاسیک سیر لري ، ناروغي کله ورو او کله ناڅاپي
پیل کیږي . تبه په یو شمېر زیاتو پېښو کې لیدل کیږي ، او د حرارت
درجه ژر - ژر بدلیږي ، کله نا ساف شکل لري . د ناروغي په ورستیو
شپو ورځو کې ټوخی ، ساه بندي Cyanosis هم لیدل کیږي .
په کوچنیانو کې Hepatomegaly او Splenomegaly 5% موجود وي .
هم لیدل کیږي . په جاروسي سل کې ډېره مهمه نښه په سترګو کې
Choroidal Tubercle دی ، غټوالی یې د optic Disc
څلورمې برخې سره کم وي ، په شروع کې ژېړ خړ رنګ لري
میخ یې سپین وي ، او دسته هوار شي ، عموماً یې دانه او کله -

دوه دانې وي، نادراً څو دانې هم وي. د تشبيه له پاره يې پښنګک ته توسع ورکول لازم دي، بايد بې حسي ورکړل شي.

X-Ray:

جاروسي سل عموماً دواړه سږي نيسي، که څه X-Ray کې هيڅ نه ليدل کېږي. 1-2 mm قطر لري، تر 5-10 mm پورې هم رسېږي. د Primary او يا Post-Primary-Pul-T.B بعتا يا هم ليدل کېږي، د پاو را عکس العمل هم کېدای شي موجود نه وي.

د X-Ray بدلون لږ تر لږه تر درې مياشتو پورې دوام کوي، په وسطي ډول 3-4 مياشتو لپاره، تر يو کال پورې دوام کولای شي، که افت RETICULER شکل ولري او د

LYMPHANGITIS RETICULARIS TUBERCLOSIS	نوم اخلي	په وينه کې د تو زال لوکريت تدنيول LEUKOIDE عکس العمل پورې اړه لري.

تشخيص:

Choroid Tubercle: لوړه تبه - جاروسي منظره په سږو کې په سترګو کې د تشخيص له پاره مرسته کوي. MT(+) وي که (1-1 هم دي په وانګرې. په بلغم کې A.F.B عموماً (+) وي - غير توبرکلوزيک جاروسي منظره که - Streptococcus -

Staphylococus او Myoplasma له خوا مینځ ته راځي ، W.B.C – D.L.C – (M.T) د تشخیص له پاره مرسته کوي. که Streptococul Pneumonia اشتباه وشي د لنډې مودې له پاره Penicilline او که Myoplasma نمونیا اشتباه وشي د لنډې مودې له پاره Tetracyclin او یا Erythiomycin – ورکول کېږي او پله پسې دوې اوونۍ X-Ray اجرا کېږي ، که توبرکلوزیک نه وي نو X-Ray کې آفت پاکېږي ، که چا یو سې لاړ ن Surcoidosis پورې اړه ولري MT منفي وي ، بلغم کې A.F.B منفي وي.

تداوي:

که تشخیص قطعي وي ، نو شیمو تراپي شروع کېږي ، که تشخیص قطعي نه وي نو تداوي کې Streptomycin او – Refampicin – نه ورکول کېږي ، بیا ځې P.A.S او I.N.H ورکول کېږي . په مشکلو حالاتو کې کورتیکو ستروئید هم نه ورکول کېږي . د شیمو تراپي دوره نه میاشتې ناروغان اکثره په څو هفتو کې مړه لیدل کېدل.

Lymphangitis Reticularis سره عواقب نه لري ، په قطعي تشخیص کې شیمو تراپي نه بر ته کورتیکو ستروئید هم دېرې چټکې مودې له پاره ورکول کېږي.

PLEURAL EFFLUSION :

د پلورا آفت یا د ورېځې له لارې په مستقیم ډول یا له سږي څخه پلورا ته ورد سرایت کوي، که پلورا کې مایع تولید نشي ورته DRY PLEURITIS وایي او که په پلورا کې مایع تولید شي ورته PLEURAL EFFUSION منځ ته راشي، ناروغ تبه لري، د سینې درد لري، که مایع ډېره وي نفس تنګی هم لري.

تشخیص په X-Ray او فزیکي معاینې سره کېږي، مایع که موجوده وي باید خارج شي، د مایع کې مجهوري معاینه د A.F.B له پاره کښت او مایکروسکوپیک معاینه L.D.H یا پروټین په وینه او مایع کې د پروټین اجرا کېږي، د پلورا (B I O P S Y) اوس هر ځای رواج لري، د دې لپاره مشهوره ستني او د ABRAM'S د پلورا BIOPSY له پاره استعمالېږي، خو د ABRAM'S ستنه تر ټولو زیاته استعمالېږي.

تداوي: په شپږو میاشتو کې د سږي د توبرکلوز د درملو تداوي کوله سره ورکول کېږي.

Local تخنیک د پلورا د مایع ایستل اجرا کېږي او هم ORAL کورټیزون ورکول کېږي او که د تنفس وړتیا نه ښه کېږي DECORTICATION هم اجرا کېږي، که مایع د تنفس تنګسه سبب شوي وي تخلیه کېږي، که شپږو میاشتو کې د کورټیکوسټیروئید او تنفسي تمرینونه پخپل وخت سره و نشي نو پرته د نتیجې د ښه والي ناروغ ته ګټه ورکوي.

LYMPH NODES TUBERCLOSIS

لمفاوي غوټې د بدن په هرځای کې تیتې پرتې او خو زیاتې یې وی،
غاړه، تخرګ، سپږمې، منصف او RETRO PERITON
ناحیه کې پرتې دي، د لمفاوي غوټو التهاب LYMPH ADENITIS
ویل کیږي او په درې ډوله دی:

ACUTE LYMPH ADENITIS -1

CHRONIC LYMPH ADENITIS -2

NEO PLASMA - LYMPH ADENITIS -3

په دې ډله کې یا په هیوادونو کې توبرکلوزیک لمف ادینیتس زیات
په توبرکلوزیس یې اخته دي او هغوی ارتګه په پایله کې هیوادو
کې په ځانګړي توګه په هغه هیوادونو کې چې شیدې پرته له ایشولو
او پاستورایز PASTORISE کیدو څخه استعمالوي او دا
MYCOBACTERIUM TUBERCLOSIS BOVINE تیب او هم
MYCOBACTERIUM TUBERCLOSIS زیاتې لیدل کیږي. اما اوس
MYCOBACTERIUM TUBERCLOSIS AVIAN - او
INTRACELLUER د لیدو او پیښو سبب تشکیلوي.

په ماشومانو کې 50% اکثرا پولمونری توبرکلوز، لمف ادینیت
توبرکلوز پورې اړه لري، مګر ابتدائي توبرکلوزیک محراق
اکثرا په سږو کې وي.

د غاړې د لمفاوي غوټو سل ته (SCROFULA)

ویل کېږي چې زیات لیدل کېږي . غوږ یې طرف ویې ، یا دوه طرفه ، غټې ورې غوټې یې بل سره یوځای شي او ویلې شي یا په ابسې بدل شي او ډېر سخت سره و نښلي ، بهرته لاره وازه کړي او په دوامداره توګه ترې زوې بهېږي ، که څه هم تر تداوي لاندې ونیول شي خو په غاړه کې SCAR ښکلوي چې د ښکلا له پلوه ښه نه ښکاري .

د دغه ناروغۍ د تشخیص له پاره باید (BIOPSY) اجرا شي او BIOPSY سره وایستل شي نمونه کې میکروب د میکروسکوپ لاندې وکتل شي او یا کلچر اجرا شي ، او هم د ابسې DISCHARGE مایع د سل له پاره تدقیق شي .

پا پو پسې شوي غوږ ته کې هستولوژیک معاینه لازمه ده .

تداوي :

د شیموتراپي برسېره ویتامین D هم ورکول کېږي ، همدارنګه ابسې غټه وې او یا د تداوي په لړ کې په لمفاوي غوټو کې فیبروز منځته راشي چې نه رشف کېږي ، باید عملیات سره وویستل شي او ابسې تخلیه (DRAINAGE) شي .

د بولي تناسلي غړو سل

د دا ناروغي د سږي له لارې د ابتدائي محراق (PRIMARY INFECTION) څخه زیاتره په ښځو کې په سږو کې موجود وي. بولي تناسلي غړو ته رسیږي د مکروب د دوران له لارې څو کاله وروسته دا ناروغي شروع کیږي اولنۍ تړلې له 20 - 5 کلونو پورې وخت په بر کې نیسي. د سل تاریخچه آفت د پښتورګو قشر کې ځای نیسي. د قشر د خرابوالي څخه وروسته PELVIS ته رسیږي او له PELVIS څخه URETERS (حالب) ته رسیږي چې د حالب بندش او یا تنګوالي سبب کیږي چې په نتیجه کې HYDRONEPHROSIS منځ ته راځي. د حالب له لارې مثانې ته او له دې ځایه احلیل (URETHRA) ته رسیږي.

په نارینه وو کې تناسلي غړو ته د وینې د لارو څخه مکروب رسیږي.

د بولي لارې سل:

د دې غړو په تبرکلوز کې ناروغ تبه، تکرر میتانو درد او د میتیازو کولو په وخت کې سوزش موجود وي، په تشو میتیازو کې وینه راځي، خصوصاً په زیاتو پیښو کې MICROSCOPIC HEMATURIA موجود وي. د ډیر ځله د سپورغړ مرد URETRICAL قلنج وینه ملګري وي.

تشخیص :

هماچوریا او ظاهراً STERILE ادرار د سل ناروغي تائیدوي
ادرار میکروسکوپیکه معاینه او کلچر ضروري دي، همدارنگه
داخل وریدي پیالوگرافي (IVP) او کله هم CYSTOSCOPY
هم اجرا کیږي که INTA VENOUS PYELOGRAPHY نتیجه ورنکړي
د RETROGRADE PYELOURETROGRAPHY اجرا کیږي، د
تداوي د شروع کولو څخه مخکې باید د پښتورگو د ندبې هم وکتل
شي، ځکه د پښتورگي د ندبې له امله د پلان د جوړولو په باره
کې ارزښت لري.

تداوي :

ستاندارد کورس تداوي شروع کیږي، اند کورس
نه توصیه کیږي، که پښتورگي خپل وظایف نه شي اجرا کولی
نو STREPTOMYCINE او ETHAMBUTOL نه ورکول
کیږي.

د پښتورګو سل:

URETRIC تنګوالی یا په ابتدایي توګه موجود وي او یا د تداوۍ په لړ کې چې د مرض نسیج ځای فبروزنس ونیسي، مینځ ته راځي، د لته کورتیکوستیروئید هم ورکول کیږي، په شروع کې 20 mg په ورځ تیز ورلونت ورکول کیږي او تر دریو میاشتو پورې دوام ورکول کیږي، که تر شپږو هفتو پورې تنګوالی لرې نه شي، نو د Cystoscopy په ذریعه حالت ته توسع ورکول کیږي. په بعضو مخصوصو حالاتو کې د جراحي عملیاتو په واسطه د پښتورګي ایستل هم اجرا کیږي خو په دې شرط چې بل پښتورګی سالم وي. په لاندې حالاتو کې پښتورګی ایستل کیږي:

1- که انتان تکراراً مینځ ته راشي،
2- که د هایپر تنشن سبب وګرځي،
3- او یا پښتورګی خپله وظیفه له لاسه ورکړي.

د نارینه ؤ د تناسلي غړو سل:

عموماً د بولي غړو له اخته کیدو وروسته د تناسلي غړو - انتان مینځ ته راځي او پروستات، SEMINAL -VESICLE او EPIDIDYMIS مصاباً وي، درد، پړسوب او د هګۍ غوټې

اوس چې له پخوا څخه زیات د دغې ناروغۍ د سرایت له پاره لاره
هواره شوې ده ، نو د ناروغۍ PREVALANCE لا پسې ډېر
شوی دی . که پخوا ن مونږ په ټولنه کې دا ناروغي په سلو کې ـ
۱/۵٪ خپره وه اوس دغه اندازه (۲٪ـ۳٪) په ښاروځوا کې ده .
د دغې ناروغۍ د خپرېدل د ټولنې د علمي او اقتصادي بنې
پوړې هم اړه لري ، هرڅومره چې اقتصادي وضع ښه او پېسوادي
له منځه ولاړه شي په همغه اندازه دغه ناروغي له منځه ځي .
په دغه کتاب کې د سل د ناروغۍ په څېنو مهمو ټکو په ځانګړې
توګه هغه چې دا د سنیو شرایطو سره سمون خوري او د ناروغۍ په تشخیص
او تداوی کې کمه تورونه دي ، بحث او څېړنه کېږي .
د هغې وروستنۍ احصائیې سره سم چې (WHO) له خوا ـ
خپره شوې ده په نړۍ کې له (۲۰ - ۳۰) میلیونو پورې د سل په
ناروغۍ اخته وګړي شته .
په پای کې زه د آزاد افغانستان د لیکوالو ټولنې « وفا » څخه
چې د افغانستان د مسلمان ملت د جهاد په فرهنګي سنګر کې مخلصانه
هلې ځلې کوي ، د زړه له کومې منندوی یم چې د دې کتاب د خپرولو
تکلیف یې وګاله او همدارنګه د محترم ډاکټر عبد الصمد خان
څخه منندوی یم او کور وداني ورته وایم چې د دې کتاب په ترتیب
کې یې له ما سره صمیمانه مرسته کړې ده .

په درناوي

دوکتور محمد یوسف لغماني .

موجود وي، لکه په سږو کې سوري او تیوبل هم جوړوي -
DEFERENT قناتونه هم مسدود نه پاتې کیږي .

د ښځو د تناسلي غړو سل :

FALLOPIAN TUBES او اندومتریوم زیات اخته کیږي ، د ملا درد VAGINAL DISCHARGE ، DYSPAREUNIA غیر منظم میاشتنی عادات INFERTILITY - د سپوږمۍ د ... او داسې نور شکایتونه لیدل کیږي .

د هډوکو او بندونو سل :

دغه ناروغي اوس کمه لیدل کیږي ، د ملا تیر په فقراتو او د اوږدو هډوکو په څوکو کې ځای نیسي او د هډوکو SUBPERIOSTAL برخو او له هغه ځای څخه ګاونډي نسج ته لار پیدا کوي، چې لکه COLD ABSCES جوړوي او لکه FISTULE منځ ته راوړي . همدارنګه د موټ او پښو هډوکي هم په ناروغي اخته کیږي

POTT'S DISEASE

(TUBERCULOSIS OF SPINAL CORD)

په ماشومانو او لویانو دواړو کې لیدل کېږي. د ناروغۍ په پیل
کې د ملا درد موجود وي او وروسته د ملا د تیر سوړه شکل پیدا
کېږي، همدارنګه انتان MEDIASTINUM او پلورا ته هم رسیدای
شي. په ښځو کې COLD ABSCES جوړوي. د PSOAS په
عضلو کې هم دا پیسې د منځته راتګ سبب کېږي.

GIA
بالاخره KYPHOSIS، PARAPARESIA او PARAPLE
منځ ته راوړي. د ملا تیر په سل کې هم د نوي انتاناتو په
شمول لومړی د ملا د فقرو د مخکنۍ (ANTERIOR) برخو څخه
شروع کېږي، چې د پرمختګ په صورت کې د څو فقرو جسمونه
خرابېږي، یو بل ته نږدې کېږي او د COLLAPSE سبب ګرځي.

تداوي:

دوا په درې میاشتو یعنې سټینډرډ د شیمو تراپي او یا SHORT COURSE
ترسره کېږي او ښه نتیجه ورکوي. استراحت، جاکټ پلستر او
جراحي عملیات زیات مؤثر نه دي، خو که چیرې د ملا تیر کانګ
میتو د عملیاتو هم د ناروغۍ په شروع کې د ډېره او تجربه لرونکې
جراح په واسطه اجرا شي ګټور ثابتیږي.

ABDOMINAL TUBERCULOSIS

ENTERITIS، ILEOCOLITIS او متعددی توبرکلوزیک قستونه اکثره د سږو د کهنی توبرکلوز سره یوځای لیدل کیږي په دې حالاتو کې د ناروغ وزن کمیږي، د ګیډې دردونه او اسهال موجود وي.

PERITONEAL سل: پریتوان د سل ناروغۍ د مساریقي لمفاوي غوټو سل نه د FALLOPIAN تیوب نه او همدا ډول د له لارې سرایت کوي.

اعراض: د ګیډې درد، د کولمو بې نظمي، د بطن پړسوب، د کولمو SUBACUTE انسداد، تبه، د شپې خولې کیدل او د وزن بایلل د مهمو اعراضو او علایمو څخه ګڼل کیږي.

د قطعي تشخیص له پاره د پریتوان مایع، بایوپسي معاینات چې د لاپراتومي، لاپراسکوپي او یا PERCUTANEUOUS ستنې په واسطه اخیستل کیږي او د هستولوجیک او باکتریا- لوجیک معاینات له پاره لابراتوار ته لیږل کیږي.

په ASCITIC مایع کې لمفوسیت زیات وي.

TUBERCULOUS پریکاردیت : یا پېدا یا ستین
دلمفاوي غوټي د سل ځخه په منځنۍ توګه منشاء اخلي، یا له کوم بل
محراق څخه د وینې له لارې انتان اخلي.

پریکاردیت یا FIBRINOUS او یا DRY وي یا EFFUSION
لري، شکله د پریکارد دواړه ورقې یې د بل سره نښلي او د —
CONSTRICTIVE PERICARDITIS منځ ته راوړي، د غټه
...... یا پخپله د پریکارد د دواړو ورقو په منځ کې وي او یا له ځای ونیو
غړو سره منځ ته راځي.

اعراض او علایم : نظر د PERICARDITIS پړاو ته

فرق کوي، د سینې درد، تبه، قلبي TAMPONADE لیدل کیږي
وریدي فشار زیاتیږي او شریاني فشار کمیږي او — low pulse
pressure منځ ته راځي، سیټی د ځیګر CIRRHOSIS هم منځ ته
راتلای شي، که د درې واړو یعنې پلورا، پریکارد او پریتوان
پردې په توبرکلوز اخته شي TUBERCULOSIS POLYSEROSITIS
یا CONCATOUSE ناروغي بلل کیږي.

تشخیص : د فزیکي معاینې، ECG، AME، ایکسرې ECHOCARDIOGRAPHY
او د بدن په نورو برخو کې د سل ناروغي په نښو نښانو سره وضع کیږي.

تداوي : تداوي د شیمو تراپي او کورتیکوسټیروئیډ
په واسطه اجرا کیږي. که CONSTRICTIVE PERICARDITIS

موجب دوی جراحی مداخله ضرورت ټینګ او د پر سیکار د
RESECTION اجرا کېږي.

POST-PRIMARY PULMONARY T.B:

د ثانوي ډول د اشکال ډېر خطرناک دي ، ځکه چې ډېره موده دوام کوي او په ټولنه کې ډېر اوږد دي چې ددې له پاره د سرایت منبع تشکیلوي . د TB د اشکال د ثانوي میکانیزم موضوع په واسطه منځ ته راځي :

۱- PRIMARY آفت ستنیا په POST PRIMARY بدلېږي.

۲- غیر فعال ابتدائي LESION بېرته فعالیږي.

۳- د وینې له لارې.

۴- SUPERINFECTION (له بهر څخه تازه مایکروباکتریوم سږو ته داخلیږي) چې سهواً ته REINFECTION وايي.

هستوپتالوژي:

د هستوپتالوژیکو تغیراتو په منځ ته راوړلو کې د مکروب په مقابل کې د بدن موضعي عکس العمل IMMUNOLOGIC عکس العمل ، د O_2 ، CO_2 او د وینې په جریان پوره اړه لري . د لته واکتر ته لازم دي چې په سږو کې د اناتومیک بدلون سره سم مکروب د ویشلو او د غه د بدن له منځه وړل سي.

د بېلې هستوپتالوژیک بدلون د مطالعې له پاره د RICK ، CANE ، PAGEL او همکاران خبر د نوي مراجعه وکړئ.

هستولوجیک بدلون له یوه شخص څخه بل شخص ته توپیر لري، حتی په عین تاریخ او میاشت سړي کې هم سره توپیر لریږیا،

CANETTI د سل هستولوژیک بدلون په لاندې توګه ویشلي دي:

۱- د PRE-EXUDATIVE مرحله: د انساجو د دیرال حجرو په سټړې او د وینې رګونو توسع کوي، د حجرو په منځ کې زیات شمیر د توبرکلوز باسیلونه موجود وي.

۲- د EXUDATIVE مرحله: په سیږو د حجرو د دیوال او د وینې د رګونو د توسع څخه FIBRINOUS EXUDATE هستوسیټ، PMN او لمفوسیټ منځ ته راځي او د حجرو په داخل او بهر د تل کې مکروب موجود وي.

۳- د CASEATION مرحله: په دې مرحله کې حجرات خپل اوصاف له لاسه ورکوي او تجبني شکل غوره کوي. دغه تجبني شکل د مکروب په مقابل کې د حجراتو د عکس العمل له امله منځ ته راځي.

۴- PRODUCTIVE PHASE مرحله: په دې مرحله کې ماکروفاژ حجرات وینې او هستوسیټ څخه جوړیږي او د LANGHANS په حجرو بدلیږي او عموماً د نسج په اطراف کې ځای لري، دلته لمفوسیټ هم موجود وي. فبروبلاست او EPITHELOID حجرې زیاتیږي او نوی رګونه جوړیږي.

که په دغې مرحلو کې آفت مخ په ښه کېدو وشي SCLEROSIS
او پرېنوتلو کښې له منځه تللو او خپل ځای EXUDATION ته پرېږدي
تحبات رشف شي، فبروز مخ په زیاتېدو شي او له محیط څخه
مرکز ته داخل شي، تجبني نسج هم رشف او CALCIFICATION
منځ ته راځي. مکروب په نسج کې موجود دوي که تجبني
نسج رشف نشي برانش تخلیه او کورت (کهف) بدلېږي.
د کهف په تشکل کې د مکروب او او کل نسج الرژیک عکس العمل
رول لري. د کورت څخه په ازاد دا چې مکروب له خپل شکل
سره محیط ته خارجېږي، بلکه د مکروب د وده لپاره
یو مناسب ځای دی. کله کله داسې هم کېږي چې کورت
ته هوا داخله شي او بېرته ترې نشي خارجېدای، په دې حالت
کې کورت لوېږي (CHECK-VALVE) که د برانش جدار
او دوی یې ترکونه ماوف شي BRONCHIACTASIS منځ ته راځي.
د توبرکلوز د اختلاط زیاتره په UPPER LOBE او
MIDDLE LOBE کې لیدل کېږي. کله کله برانش بندېږي
او تجبني مواد د پلورا په برخه کې جمع کېږي او د
COLD ABSCES د جوړېدو سبب کېږي.

د توبرکلوز لومړی آفت زیاتره د چپ ښي لوب ثانوي سګمنت
او د ښکتني لوب په APICAL سګمنټ کې ځای نیسي، ځکه
دلته د O_2 فشار د سږي تر نورو برخو زیات وي. همدارنګه
چې د O_2 فشار زیات وي په همغه اندازه AFB هم زیات.

لید لکیږي.

وظیفوي بدلون:

RESTRICTIVE د EMPHYSEMA او FIBROSIS منتشره او OBSTRICTIVE ټیپ وظیفوي شکل سبب کیږي چې په نتیجه کې HYPOXEMIA او HYPOXIA په خپل وار سره په عکسوي (REFLXIVE) ډول VASOCONSTRICTION او اوعیو د تقبض کیږي چې دا د PULMONARY ARTERY د فشار د زیاتیدو سبب کیږي، چې په نتیجه کې RIGHT VENTRICLE ضخامه منځ ته راځي او COR-PULMONAL تأسیس کوي.

کلینیکي منظره:

اعراض POST PRIMARY PULMONARY TUBERCULOSIS او علایم په لنډه توګه یادونه کوو:

۱- اعراض او علایم موجود نه وي او تصادفاً د اکسري په ذریعه تشخیص کیږي.

۲- سګرټ لوګی: نارو غ سګرټ څکوي او خپل لوګی د سګرټ له کبله فکر کوي، خو تصادفاً د ایسکري له اجرا کولو وروسته مرض تشخیصیږي.

۳- ځګر زکام: چې ناروغ څو ځله د زکام په شکل اعراض او علایم ولري خو ډیر وروسته ځر ګندیږي چې سل لري.

٤- نامعلومه ستړتیا ·
٥- دوزن کښېدل ·
٦- سیده بغل چې ژیات دوام وکړي او د معاینات په
ذریعه ئې پېژندل شي چې TB - PNEUMONIA دی ·
٧- د INFLUENZA په شکل چې د بېرته موده وکړي او
نه جوړېږي ·
٨- HEMOPTYSIS
٩- DYSPEPIA
١٠- د معدې د زخم له پاره ګستر چکوي شوې وي اما مسرايي
په سل مبتلا وي ·
١١- AMENORRHOEA : په ښځو کې د نورو اعراضو —
علاوه پر سره هم لیدل کېږي ·

PHYSICAL SIGNES :

د نادوغ عمر کې بېله سره له دې چې پیشرفته سل ولري
او په ایکسرې کې هم تثبیت شوې وي نه ښه وي · کله کله نا روغ
ښه رنګ ښکاري او غمجن معلوميږي · کېدای شي تبه ولري
څو که سل په پېشرفت کړي وي ابته لري چې کله کله ژر
لوېږه وي · کله د وجود د تودوخې د درجه نوسانات وي ·
نبض د تبې په اندازه زیاتېږي ·
که د سل سره PURULENT بلغم موجود وي او د ...

نو دا یې دوام کړی وي نو FINGER CULBBING
هم لیدل کیږي، نو د سل خواته فکر کیږي. که CLUBBING
مننګاره او برجسته وي او د ناروغه تاریخچه لنډه وي
نو بیا ناروغه ته فکر کیږي. لکه د قصبې CA، د سږو
ابسې او نور.

CULBBING زیاتره د سږو په ابسې، کانسر،
COPD او BRONCHIACTASIS کې لیدل کیږي.
پرته د سږو له ناروغیو په نورو ناروغیو کې هم
CLUBBING لیدل کیږي.

د سینې (صدر) په معاینه کې که ناروغي اکثر ناروغي نو پرمختللې
نه وي، څه نه لیدل کیږي.

د سینې په پورتنۍ برخه کې خصوصاً INTRASCAPULAR
ساحه کې CREPITATION ډېر اوریدل کیږي. په مزمن
شکل کې داسې فبروټیکې نښانې چې د TRACHEA یا منصف د ځای
بدلولو پورې اړه لري، لیدل کېدای شي. نادراً کله کله
اواز هم اوریدل کیږي، که چیرې موضعي RHENCHI
چې د قصبې د تنګېدلو پورې اړه لري، موجود وي.

څرنګه چې POST PULMONARY توبرکلوز اکثراً
په UPPER ZONE کې لیدل کیږي، نو فبروټیکې نښې نښانې
هم په پورتنۍ برخه کې زیاتې لیدل کیږي.

څرنګه چې د دغه نښې نښانې د تنفسي سیستم په نورو ناروغیو

اصطلاحات

Tuberc. : توبرکل وړې غوټه یا کوچنی پړسوب او یا پړقانی ته ویل کېږي .

Tuberculosi : د توبرکل جمعې ته ویل کېږي یعنې د توبرکلوز توبرکل څخه اخیستل شوېده . پخوا لدې چې د سل میکروب پېدا شي هغه ناروغان چې د سل د ناروغۍ نه مړه کېدل سږو کې به بېشماره غوټې لیدل کېدې . څرنګه چې دغه وړې غوټې تېوبرکلس ویل کېږي نو ځکه دغه ناروغۍ د توبرکلوز په نوم یادکړل شوه .

د سل ناروغي Incidence : په یوه ټولنه کې د سل د ناروغۍ نوو پېښو ته ویل کېږي

د سل ناروغي . Prevalance : په یوه ټولنه کې د سل ناروغۍ زړو او نوو پېښو ته په ګډه سره پریولاس ویل کېږي .

Mortality : په یوه ټولنه کې سل اخته ناروغانو څخه چې کوم ناروغان د دې ناروغۍ له کبله مړه کېږي یعنې د مړو شویو عدد ته Mortatily ویل کېږیا .

کې هسپتال کېږي ، څو د سل ناروغانو له پاره خاص بستر دي.
له دې کبله ایکسرې او لابراتواري پلټنې ضروري دي.

ایکسرې :

لکه څرنګه چې د نړیوال روغتیا سازمان د سل په ناروغانو کې د سینې فزیکي معاینه د ناروغۍ له تشخیص سره زیاته مرسته کوي، او X-Ray او لابراتواري معاینه خصوصاً د بلغم معاینه ضروري ده.

په پرمختللیو هېوادونو کې که په کوم ناروغ کې بیده تخریبات شوي منفي نتیجه ورکړي باید و شي ایکسرې اجرا کوي، خو له بده مرغه په وروسته پاتې هېوادونو کې د اقتصادي ستونزو له کبله باید د ایکسرې په ځای لومړی د بلغم معاینه اجرا شي.

دا چې کومه معاینه یعنې ایکسرې، بلغم یا PPD کوم یوه د مخه اجرا شي ، باید هر هېواد د خپلو اقتصادي او طبي امکاناتو سره سم یوه کړنلاره غوره کړي. په ځینو هېوادونو کې لومړی PPD اجرا کوي ، که PPD منفي وي نو یا ورته BCG تطبیقوي او یا INH ورکوي. یعنې تر پرایمري پروفیلکسس لاندې یې نیسي. البته په هغه هېوادونو کې چې د سل ناروغۍ په مبارزه کې د ERADICATION مرحلې ته رسېدلي وي باید طبعاً PPD منفي (-) وي.
په ځینو هېوادونو کې که PPD منفي وي نو دا ناروغان

يا د شخص پروفیلکسس لاندې نیسي او یا ورته BCG تطبیقوي ـ
که PPD مثبت وي باید ایکسرې اجرا شي ، که په ایکسرې
کې د سل ناروغۍ ته فکر وشي نو نور معاینات هم اجرا کیږي ،
که معاینات د سل ناروغي تائید کړي ، نو شخص تیراپي پیل کیږي
او که ایکسرې نارمل وي نو ناروغ په مطمئن ډول رخصتیږي
او څه معامله ورسره نه کیږي .

د سږې ایکسرې په ټوله تشخیص څخه نوري گټې هم لري
چې همغه په لاندې ډول دي

۱ ـ تشخیص

۲ ـ د تداوي تعقیب

۳ ـ د ناروغۍ د فعالیت (ACTIVITY) تعینول .

٤ ـ د آفت د EXTANCIBILITY معلومول .

۵ ـ د لابراتوري له پاره : مثلاً د فزیکي معاینې څخه اخیستل شوې
نتیجې د تائید یا تردید له کبله ډاکټر ته لارښوونه کوي .

خو بیا هم نورمال ایکسرې تشخیص بالکل نفي نه کوي ، مثلاً
توبرکلوزیک برانشیت چې اکثراً ایکسرې نورمال ، خو په بلغمو کې
AFB مثبت وي ، همدا رنګه کوچنی آفت پاتې شي .

له بلې خوا په یو شمیر زیاتو تنفسي ناروغیو کې لکه کانسر ، فنګسي
ناروغۍ ، PNEUMOCONIOSIS ، کولاجن ناروغۍ ، PNEUMONIA
کې د ایکسرې منظره د سل ناروغۍ ته ورته وي .

که چیرې په ایکسرې کې لاندې نښې نښانې ولیدل شي د سل خوا ته

ذکر کېږي ؛

۱- که SHADOW په پورتنۍ ZONE کې وي .

۲- PATCHY او NODULARE آفت

۳- CAVITY

٤- CALCIFICATION

۵- که په دواړو سږو کې آفت موجود وي ، خصوصاً په UPPER ZONE کې .

٦- که په پرله پسې اخیستل شویو ایکسرو کې لیژن پاک شوی نه وي .

له پورتنیو نښو سربېره بیا هم د تشخیص له پاره لابراتواري معاینات خصوصاً په بلغم کې د AFB لټول ضروري دي .

که یوازې د ایکسری په لیژن د سل د احتمال تشخیص وضع شي او تداوي شروع کړای شي ، څو میاشتې تجربه شي او سببه والی منځ ته رانشي ، په داسې پېښو کې یوازې د تداوۍ دوام او دوام به کار نه دی ، نورې ناروغۍ چې د ایکسرې منظره یې سل ته ورته والی لري ، ولټول شي .

په ایکسرې کې ځینې نکې شته چې هستولوژیک ساختمان او تشخیص یې پوره کوي :

۱- یو ځای شوی تازه SHADOW ایکړ و دیټیفې د ... او د غیر توبرکلوزیک سینه بغل سره ورته والی لري .

۲- LINEAR شکل خصوصاً که حجاب حاجز کش شوی وي او

متصف هم خپل ځای بدل کړی وی SCLEROSIS ښيي ۰

۳- که دا یکسری منظره SOLIDE شکل ولري د CASEATION
خوا ته فکر کېږی.

۴- که د کوروف جدار غیر منظم وي، تازه خالی (تش)
شوی کوروف پلو فکر کېږي او که لوی وي د CHECK-VALVE
میکانیزم ته فکر کېږي.

AREAS

۵- که خصوصاً په پورته ELONGATED TRANSLUCENT ZONE
و لیدل شي د قسباتو پر خوالي ته فکر کېږي.

۶- CON LESION که CALCIFICATION و لیدل
شي T.B فکر کېږي.

۷- د TRACHEAL او هیلر لمفاوی غوټو آفت نسبت
PRIMARY T.B ته په POST PRINARY PULMONARY TB
کانسر لمفوما (HODDKIN او SARCOIDOSIS کې ډېر
لیدل کېږی.

په ایکسرې کې د ناروغۍ د وسعت ویش

(CLASSIFICATION OF EXTENT OF DISEASE)

د غه ویش د سټاندارد ایکسرې له مخې په درېیو برخو ویشل کېږي:

۱- خفیف (MINIMAL) پرمختګ: داچې ارتشاح خپره ده او که نه؛ په یوه سږي کې ده او که په دواړو کې، خو کهف موجود نه وي او که ټول شوې ساحه اندازه کړو باید له لاندنیو حدودو څخه تېر نه شي: هغه ساحه چې د دویمې پښتۍ د CHONDRO-STERNAL ارتشاق د څلورم ظهري فقرې شوکې او یا پنځمې فقرې د جسم څخه پورته واقع وي.

۲- منځنی (MODERATELY) د بې پرمختګ: که د ارتشاح کثافت کم او یا په متوسطه اندازه وي او اندازه یې د یوه سږي له ساحې څخه تجاوز ونکړي او که ارتشاح کثیفه وي باید د سږي د نیمایي (½) څخه تجاوز ونه کړي او که کهف (کهفونه) موجود وي قطر یې باید له څلور سانتي مترو څخه تجاوز ونه کړي.

۳- ډېر پیشرفته (FARADVANCED) پرمختګ: که له پورتنیو حدودو څخه تجاوز وکړي.

لابراتواري معاینات :

لکه څنګه چې د مخه مو هم څو ځل یادونه وکړه چې د سل د معایناتو اساس د بلغمو پر ایرېکټ (مستقیم) معاینه او کله کله کلچر تشکیلوي . نادراً په هندي خوګ کې ذرقیږي . البته په پرمختللیو هیوادونو کې د بلغم فلورسینس مایکروسکوپیک معاینه هم کوي . په هره واقعه کې چې د سل اشتباه وشي باید څو ځله د بلغم معاینه تکرار شي . د بلغم د منفي (−) او مثبت (+) راپور په بیان کې بشپړ معلومات په تېر درشو پر عنوان کې لیکل شوي دي . خو د یادولو وړ ټکي دا دي چې کله نه تل بې کلونیک حادثې ناروغ یا کاذب د سل غلطي (سحفي) عراق تخریب کړي او میکروب په بلغم کې مثبت (+) شي ، او همدا رنګه په هغو واقعاتو کې چې د سل احتمال کم وي ، او د بلغمو په یوه معاینه کې AFB مثبت (+) وي باید معاینه تکرار شي .

د معدې اسپایریشن (ASPIRATION) :

کله کله مریضان خصوصاً کوچنیان او ښځې بلغم تېر وي له دې کبله باید د معدې افرازات وویستل شي او باسیل یې ولټول شي . نو معدې باسیل هم د میکروسکوپیک معاینې په واسطه لټول کېږي او کله کله یې کلچر هم اجـراء کېږي .

نادراً د لاندې طریقو په وسیله بلغم د معاینې له پاره اخیستل کېږي:

BRONCHIAL لواژ، LARYNGEAL SWAB ،
TRACHEAL اسپایریشن او د برانکوسکوپیک اسپایریشن په وسیله.

TLC او DLC پخوا ډېر اهمیت درلود، خو اوس ورته پام نه کېږي، مګر دلته یې ټکي د یادولو وړ دي او هغه دا چې که په ایکسرې کې آفت زیاته ساحه نیولې وي خو د لوکوسیټونو شمېر نورمال وي د غه آفت به په غالب ګومان د سل آفت وي.

(E.S.R) ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE:

دا معاینه اوس د فرضیتي معاینې په توګه کې تعبیرل کېږي. د نورو معایناتو سره یوځای د سل د ACTIVITY د معلومولو لپاره کومک کوي. ESR د سل نه پرته په پولي و ورل انتاني او غیر انتاني ناروغیو حتی کانسر کې هم اوچت دی.

ANEMIA: په پرمختللي توبرکلوز کې کم خوني لیدل کېږي خصوصاً HEMORRHAGE باید څښ څښ څاڅکه نکس او شي، کم خوني عموماً NORMOCYTIC وي خو که HEMORRHAGE بیا بیا تکرار شوې وي HYPOCHROMIC ANEMIA منځ ته راځي

په جاری‌توګه (MILLIARY T.B) کې د وینې (DYSCRASIA) -
مختلف ډولونه لیدل کیدای شي .

ځیګر : د ینې (LIVER) وظیفوی بدلونونه هم د ناروغۍ د
(TB) او هم تداوي په دواړو پورې اړه لري . ځیګر
له دې چې په تداوي پورې یې مربوط وبحث باید په دې شي چې ځیګر
د سل په ناروغۍ پورې اړه لري او که نه ؟

د ACTIVITY تعینول :

په وروسته پاتې هیوادونو کې خصوصاً په افغانستان کې
POST PRIMARY PULMONARY تی بي کلینک چې لیدل کیږي چې
داسې واقعات باید وڅیړل شي چې آیا تداوي شي ؟ تعقیب
شي ؟ او که پخپل سر پرېښودل شي ؟ په دې معنا چې هر
هغه ناروغ چې ایکسرې یې په POST PRIMARY PULMONARY TB
دلالت وکړي باید تداوي نشي ، او سرې باید معلوم کړای
شي چې آفت فعال دی ، که مشکوک دی او یا که غیر فعال ؟
فعال آفت باید تداوي شي ، مشکوک واقعات باید تعقیب
شي او که غیر فعال وي پخپل حال پرېښودل شي ، او هیڅ
غرض ورسره نه کیږي ، ترڅو چې فعال نشي .
د ناروغۍ د فعالیت د تعینولو له پاره لاندې معاینات -
اجرا کیږي . دلته هغه معاینات چې یوازې په ریسرچ اړه لري ؟
پورې اړه لري او باید ورځنیو معایناتو کې رول نه لري نه یادوو .

تبه، ټوخی، خپا ځکی او د شپې خولې (د سینې درد) هغه اعراض او علایم دي چې په زیات شمېر تنفسي ناروغیو کې لیدل کیږي او هم یوا ځې اعراض او علایم د فعالیت د تعینولو لپاره کفایت نه کوي. که د سینې په پورتنیو برخو کې CREPITIONS فا تبدیل شي او په دوامداره توګه موجود وي، د ناروغۍ په موجودیت دلالت کوي. همدارنګه HEMOPTYSIS موجودیت هم د ناروغۍ په فعالیت دلالت کولی شي.

په ایکسرې کې د تازه ارتشاح TB-BRANCHO-PN MILLIARY TB PNEUMONIA او کوربنت کهف، لیدل اکثراً فعال قبلیږي.

که د ناروغۍ فعالیت اشتباهي وي نو په پرله پسې توګه د څو هفتو او حتی د څو میاشتو په اوږدو کې ایکسرې تکرارېږي. هغه بدلونونه چې په ایکسرې کې څو په زیاتېدو وي او یا څو په ښه کېدو وي د واړه اکټیف قبلیږي. هر څومره چې د ناروغ عمر کم وي او ارتشاح تازه او زیاتره ساحه نیولې وي، فعال قبلیږي.

لابراتواري معاینات:

که په بلغم کې AFB (+) مثبت وي، ناروغي ACTIVE قبلیږي. لوړ ESR هم د ناروغۍ په فعالیت دلالت کوي، خو قطعي نښه نه ده. PPD چې هر څومره شدیداً مثبت(+) وي هغومره د ناروغۍ فعالیت ښيي، اما دا هم قطعي نښه نه ده.

تشخیص او تفریقي تشخیص :

د تنفسي سیستم د سل - دول ناروغۍ او همدارنګه نورې غیر تنفسي ناروغۍ چې د اوږدې مودې لپاره د تبې او کمزورۍ سبب ګرځي، د سل له ناروغۍ سره اشتباه کیږي. د تشخیص لپاره فزیکي، لابراتواري او ایکسرې معاینات اجرا کیږي چې د مخه مو په تفصیل سره یادونه وکړه.

سل د یو شمیر تنفسي او غیر تنفسي ناروغیو سره اشتباه کیږي چې مهمې ناروغۍ یې په لاندې توګه دي:

PNEUMONIA ، CARCINOMA OF THE BRONCHUS ، د سږو وابس، PULMONARY ABSCESS، فنګسي ناروغۍ، SARCOIDOSID ، PNEUMOCONIOSIS، په وروسته پاتې هیوادونو کې MALARIA، محرقه، BRUCELOSIS او زیات شمیر نورې ناروغۍ.

PNEUMONIA : که د سینه بغل باسیل ویې یا د PNEUMOCOCCUS له کبله منځته راغلې وي، تبه ناڅاپه شروع کیږي، تب خال موجود وي، له تبې سره لړزه هم ملګرې وي او د LEUKOCYTE شمیر زیات وي. د ناروغۍ له شروع کیدو څخه د پورتنۍ تنفسي لارو د ناروغۍ تاریخچه موجوده وي او ناروغي د PENICILLINE سره ښه ځواب ورکوي او په ایکسرې د څو هفتو لپاره آفت پاتې

MORTALITY : په بوه توتلنه کې د سل د ناروغانو له مصابینو ناروغانو څخه څو کم فیصد ناروغان د دې ناروغۍ له کبله مړه کیږي یعنې د مړو شوېو فیصدي ته MORTALITY ویل کیږي.

MORBIDTY : په یوه ټولنه کې TB اخته ناروغانو فیصدۍ ته MORBIDTY وایي.

ACTIVITY : په سږو کې د سل ناروغۍ آفت فعالیت ته ویل کیږي او د کلنیکي، باکتریالوجیکي او رادیولوجیکي معایناتو په واسطه نوموړی فعالیت څرګندیږي.

EXTANCIBILITY : د X-RAY په فلم کې په آفت اخته برخې (ساحې) اندازې ته ویل کیږي او په دریو برخو ویشل کیږي:

1. MINIMAL ADVANCED
2. MODERATLY ADVANCED
3. PAR ADVANCED

ERADICATION OF TUBERCULOSIS : کله چې ټه په یوه

ټولنه کې 14 - 13 کلن د بنوونځي زده کړي PPD مثبت اوله یو فیصد نه زیات مثبت نه وي نو په دې ټولنه کې د سل د کنترول مبارزه ERADICATION ته رسیدلې ده.

یا کیږي ، منځ ماسیږه بغل چې د STAPHYLOCOCCUS
او انیرېز ANAEROBIC او KLEBSIELLA PNEUMONIA
چه ریب اې لري ، د سل نارو بخو سیږ زیات اشتباه کیږي .

کانسر :

کانسر د تکړه زنو په واسطه شروع کیږي ، کاو تړی نسج تیبله کوي
او تکراریږي راوړي ، په نتیجه کې یو الکترونیک پیدا کیږي ، تبه ، الوخش ،
حتی HEMOPTYSIS موجود وي ، په ایکسرې کې د HILLAR
او PARATRACHEAL لمفاوي غوټې ظاهر ترجوق موجود وي
خصوصاً چې د لا نوع عمر تر څلویښتو (۴۰) کلو ترځه زیات وي
او سګرټ هم څکوي ، زیاتره په کانسر دلالت کوي او کله
— CALCIFICATION موجود نه وي ، زیاتره تریې کانسر فکر
کیږي .

که چیرې په کوم ناروغ کې د کانسر په موجودیت شک پیدا شي
نو باید په بلغمو کې کانسري حجرې ولټول شي چې د PAPANICOLAOU
په میتود تاریب او میکروسکوپیک معاینه اجرا کیږي . کله کله
د واړه ناروغ یعنی ... ارتکاز ... ژبل کیږي ... د بلغم
له معاینې ... برانکوسکوپي هم اجرا کیږي د بلغم د AFB
له پاره هم معاینه کیږي .

کله کله COINLESION موجود وي چې په دې حالت کې
توموګرافي حتی تورا کوټومي او نورې معاینات هم اجرا کیږي .

که په COIN LESION کې CALCIFICATION ولیدل شي
بیا هم د تبوبرکلوز پلو فکر کیږي.
په کانسر کې هم کله کله کهف لیدل کېداى شي، خو دیوال یې ـ
دندانه لرونکى وي. که افت دوه طرفه وي بیا هم د سل پلو فکر کیږي.
همدارنګه په کانسر کې CLUBBING تر توبرکلوز زیات لیدل کیږي.

ابسې :

لوړ تبه موجوده وي، بلغم ډیر بوی ناک وي د لوکوسایټونو
شمیر زیات وي یا په ډیر لند موده کې CLUBBING منځ ته راځي او
AFB هم منفي (–) وي.

: SARCOIDOSIS

که د HILLUS دواړه خواى لمفاوي غوټې لویې شوې وي،
په بلغم کې AFB منفي (–) وي او ESR لوړ نه وي SARCOIDOSIS
ته فکر کیږي، همدارنګه په دې ناروغۍ کې اعراض او علایم کم وي
او PPD منفي (–) وي. که واقعه زیاته اشتباهي وي نو د
لمفاوي غوټو بایوپسي اجرا او د KVIEM تست اجرا کیږي.

ALLERGIC BRONCHO PULMONARY ASP-ERGILLOSIS :

ASTHMATIC ناروغ زیاته منظور لري
او د ASPERGILLOSIS مربوط امینو لوژیکي ټیسټ مثبت کیږي.

EXTRINSIC ALVEOLITIS : ډیات شپږ فواصل

د ALVEOLITIS منځ ته راوړي چي الرژیک عکس العمل پېښ وي
اپه لري . د ناروغی تاریخچه او ALLERGIC تستونه تشخیص سره
مرسته کوي.

PNEUMOCONIOSIS :

خصوصاً هغه وخت چي د سلیکا او سکرو ګرد منځ ته راځي،
ته پوازي د سل ناروغۍ سره ورته والی لري، بلکه د سل ناروغۍ
ته زمینه هم برابروي. په داسې حالاتو کې باید په مکرر ډول
توګه په بلغم کې AFB ولټول شي.

پرته له پورتنیو ناروغیو مزمن نیوې اعراض او
علایم د توبرکلوز نه پرته یو زیات شمېر ناروغیو پورې
اړه لري لکه PSYCHO-NEUROSIS د شکرې ناروغي،
THYROTOXICOSIS او نور.

که چېرې FMO (هغه تبه چي سبب يې معلوم نه وي) موجوده
وي هم باید توبرکلوز ولټول شي.

د منصف د توبرکلوز په صورت کې خصوصاً که لمفاوي
غوټې غټې شوې وي باید MEDIASTINOSCOPY
اجرا شي.

باید په یاد ولرو هر هغه ناروغي چي د اوږدې مودې

له پاره یې تبه موجوده وي، مریض کمزوری او ضعیف کړي او خصوصاً ABNORMAL ایکسری هم ولري، باید توبرکلوز له یاده ونه باسو او په بلغموکي څو-څو ځله AFB ولټوو.

د تشخیص له پاره BCG استعمال د تدقیق په حال کې دی.

اختلاطات:

د څیرې DRY PLEURISY، PLEURAL EFFUSION، EMPYEMA توبرکلوز، د نورو غړو توبرکلوز، HEMOPTYSIS، مزمن توبرکلوریا نشیت، EMPHYSEMA، AMYLOIDOSIS، ASPERGILLOSIS او COR-PULMONAL.

همدارنګه ANEMIA، HYPOKALAEMIA، څرنګه چې ځله ځله کانسر په SCARS باندې منځ ته راځي، نو کېدای شي د سل په سکار باندې هم تشکل وکړي.

د سږي د سل نا روغی مخنیوی

د نا روغۍ د مخنیوی له پاره د هغو فکتورونو پېژندل او له منځه وړل اساسي ټکی دی چې د نا روغۍ منځ ته راتلو زمینه برابروي چې مهم یې په لاندې ډول دي:

۱- د انتان د منبع د له منځه وړل

۲- د موجود مدافعوي توان له منځه وړل.

۳- هغه منتني شخص چې د ناروغۍ کېدلو خطر يې موجود وي بايد پروفيلکسي شي .

(۱) دانتاني منبع هغه اشخاص دي چې خراشکي يې مکروب لري ، همدارنګه هغه غواوې چې په شيدو کې يې نوموړی مکروب موجود وي . نادراً نور حيوانات هم د انتاني منبع پيدا شي .

د انتاني منبع د پيدا کېدو له پاره چې هدف يې د ناروغانو پېژندل دي، له دوو طريقو PASSIVE او ACTIVE څخه کار اخيستل کېږي .

په PASSIVE طريقه کې ناروغ تصادفاً د بلې ناروغۍ له پاره معايناتو لاندې نيول کېږي او تبرکلوز يې تشخيصېږي . د پولنيزو (کلنيکي) معايناتو په لړ کې د سل مصاب ناروغان تشخيصېږي . يا دا چې څوک د کار د اشغالولو له پاره کومې روغتيا ته مراجعه کوي او معاينات يې اجرا شي . يا ځينې اشخاص چې خارج ته ځي ، يا د مبارک حج مقدسې فريضې اداکولو له پاره ځي ، يا د ماموريت په اوږدو کې د ترفيعاتو پاره د معايناتو اجرا کولو په ترڅ کې څرګندېږي چې په تبرکلوز مصاب دی او يا پخپله ناروغ مراجعه کوي او سل يې تشخيصېږي .

د ACTIVE واقعاتو د ميندلو له پاره د سل سره د مبارزې پلټنې د جوړ شوي پروګرام سره سم په پولنه کې د سل ناروغان-

لټوي او د سل ناروغۍ تشخیص کوي . د ناروغانو د پیدا کولو له پاره زیاتره د بلغمو د معاینې او اکسرې څخه استفاده کېږي .

هرهېواد د طبي پرسونل او د خپلو اقتصادي امکاناتو سره سم د دې ناروغۍ د تشخیص له پاره خپله کې نلاره تعقیبوي. څرنګه چې اکتیف او څرګند یا سیف توګه زموږ مقصد د مکروب کشف دی ، و پېژندل شي او دا د بشریت د دښمن له منځه یووړل شي .

(۲) د بدن مقاومت : هغه عوامل چې د بدن مدافعت له منځه وړي ، باید و پېژندل شي او له منځه یووړل شي . لکه بې ځایه شپې د یخې عقاید ، خراب عادتونه لکه شراب او سګرټ څکول ، بعضې دواګانې لکه کورتیکو ستیرایید وغیره باید بې ځایه استعمال نشي . بعضې ناروغۍ لکه د شکرې ناروغي باید کنټرول شي .

همدارنګه هغه کسان خصوصاً ماشومان چې PPD یې منفي وي یا باید B.C.G ورته تطبیق شي او یا ـ شیمو پروفیلکسي شي . هغه کسان چې مکروب یې اخیستي وي او PPD (+) مثبت وي ، اماتر او سه لا ناروغ شوي نه دي . څرنګه چې په دې خلکو کې د ناروغۍ ـ خطرات زیات دي باید شیمو پروفیلکسي شي .

هغه کسان چې غیر فعال سل لري که له داسې شرایطو سره مخامخ شي چې سل یې بیرته فعالیږي باید شیمو پروفیلکسي شي /

په حاملګي، د شکرې ناروغي، د معدې عملیات، سیلیکوزیس،
ژبې، ګڅګر او بلو ورته ناروغیو کې هغه افراد غیر فعال توبرکلوزیک
ناروغان چې د اوږدې مودې له پاره کورتیکوستیروئید
ملې باید شیمو پروفیلکسس وشي.

CHEMOPROPHYLASXIS په دوه ډوله دی: PRIMARY
SECUNDRY.

یعنې که د چا PPD منفي وي او شیمو پروفیلکسس ورکړل شي دا
ابتدایي ډول دی او که د چا PPD (+) مثبت وي او حتی
غیر فعال توبرکلوزیک مریض ته شیمو پروفیلکسس ورکړل شي،
SECONDARY PROPHYLAXIS بلل کیږي.

د یادونې وړ ده چې که غیر فعال سل او شکرې
ناروغ ته INH ورکړل شي د دې حالت ته CHEMOPROPHYLAXIS
په عوض د سیمو تیراپي CHEMOTHERAPY د یل ښه کار دی
په سیمو پروفیلکسس کې پراخه INH استعمالیږي او 300
ملي ګرامه هره ورځ په متوسط ډول ورکول کیږي او دا کار
تر شپږو میاشتو پورې دوام کوي.

تداوي:

95% ناروغان د شیمو تیراپي په واسطه ښه کیږي
پاتې کسانو ته ډیر کم شمیر د جراحي عملیاتو په واسطه
تداوي کیږي. که په تداوي کې خصوصاً INH او
RIFAMPICINE ته ځای ورکړل شوی وي، په دې

لوړي فيصدي‌ته سږي سينه‌وال ليدل کيږي . کله کله پرشيمو‌تراپي برسيره ناروغانو‌ته CORTICOSTEROID هم تجويز کول کيږي .

شيمو‌تراپي اکثراً په AMBULATORY توګه اجرا کيږي نادراً نا روغان د تداوي له‌پاره بستر کيږي .

که د سل له‌پاره خانګړي روغتون موجود نه وي نو په دې صورت کې که په عمومي روغتون کې د سل د تداوي له‌پاره کوټه خانګه و ټاکل شي معذرت نلري .

تداوي که په AMBULATORY توګه وي او يا په بستر کې د تداوي دپلان د جوړولو له‌پاره بايد د لاندې فکتورونو سره سم ګام اوچت کړو :

١- ناروغي مطلق سل ده او که نه ؟

٢- باسيل مثبت (+) دی او که منفي (-) او د ناروغ عمومي بنه څنګه ده ؟

٣- RESISTANCE

٤- آفت د سږي د څومره ساحه نيولې ده او CAVERN شته او که نه ؟

٥- ناروغ نوري ناروغۍ لري او که نه ؟ همدا راز حامله‌ګي بايد په پام کې و نيول شي .

٦- د ناروغ د تحصيل سويه څومره ده ، د تداوي په لړکې به همکاري وکړي او که نه ؟

۷- د شخص او دولت اقتصادي امکانات، د ناروغ منفت او داسې نور شرایط هم باید په پام کې ونیول شي.

د پورتنیو شرایطو په پام کې نیولو سره هم ناروغ یا په روغتون کې تداوي کېږي او یا په AMBULATORY توګه.

په روغتون کې تداوي :

لاندېنی کسان باید دېرې تاکل شوي وي او باید په بستر کې تداوي شي :

۱- عقلي ناروغان

۲- عملیات شوي ناروغان خصوصاً چې له عملیات څخه وروسته REHABILITATION ته ضرورت وي
- REHABILITATION او تداوي باید یوځای اجراء شي.

۳- CHRONICS

٤- درمل ته مقاوم

۵- عاجل واقعات (EMERGENCY)

٦- اختلاطي واقعات (COMPLICATIONS)

پورتني واقعات دېرې لازمي دي چې له پاره په بستر کې تداوي کېږي او د پاتې مودې له پاره په سرپا ډول تکمیل کېږي.

باید برخه ناروغان چې د واتفاق اکثریت تشکیلوي په AMBULATORY توګه تداوي کېږي.

هم په روغتون کې او هم په AMBULATORY توګه تداوي د تداوی په دوه ډوله پلانونو (SHORT COURSE او (STANDARD COURSE) ترتیب او تعقیب کېږي چې شارټ کورس (8) میاشتې او سټنډرډ (12) میاشتې موده غواړي.

د تداوی سټنډرډ او SHORT دوره په دوه مرحلو ویشل کېږي:

A: INTENSIVE PHASE (حملوي فیز)

B: CONTINUATION

INTENSIVE PHASE تر 3-2 میاشتو دوام کوي او 4-3 میاشتو درمل یوځای ورکول کېږي او د تداوی دویم قدم باید دوهره تداوی کې 2 درمل ورکول کېږي.

د SHORT COURS اول قدمه تداوي تر مراقبت لاندې اجرا کېږي او د ستاندار کورس دوهم مرحله یا هره ورځ باید په هفته کې 3-2 ځله ورکول کېږي، که په هفته کې 3-2 ځله، د (INTERMITANT) درمل ناروغ ته ورکړل شي، باید تر مراقبت لاندې وی (SUPERVISED).

په هرصورت د تداوی په COMBINATION کې باید هرومرو INH موجود وي، ځکه درمل س ه -

د توبرکلوز ابتدائي محراق یا : GHON'S FOUCUS

GHON'S FOUCUS ته CHANCHER-TUBERCLOSIC ویل کېږي.

کله چې توبرکلوز د ابتدائي محراق سره د لمفاوي عقدو (عقدو) اخته کېدل د واړه ډول هم موجود وي – دې حالت ته PRIMARY COMPLEX یا GHON'S COMPLX ویل کېږي.

(GHON'S FOUCUS + LYMPH ADENOPATHY = PRIMARY COMPLEX)

کله چې په بدن کې د سل د ناروغۍ عامل (B-K) داخل شي او ... : PRIMARY INFECTION –

تر اوسه الرژیک بدلون منځ ته راوړي دغې حالت ته (INFECTION TUBERCLOSIS) وایي چې تر اوسه PPD مثبت او که رادیولوجیکي، باکتریالوجیکي او کلینیکي بدلونونه منځ ته راشي نو د سل ناروغۍ (PRIMARY PULMONARY INFECTION) یې بولي.

حساسیت موجود وي او یا SECONDARY مقاومت وي نو
INH ته ورکول کېږي.

۳- داسې نظر موجود دی چې که INH باکتریسید
(BACTERICIDE) تاثیر ولري په مقاوم ناروغانو
باندې هم د مکرر دپ ویرولانس ثبیت ساتي.

لکه چې د مخه یادونه وشوه د تداوي موده په شارټ کورس
کې (9) میاشتې او ستندرډ کورس کې (12) میاشتې قبوله
شوې ده، خو کله کله تر (18) میاشتو پورې هم
دوام ورکول کېږي، حتی تر (18) میاشتو هم اوږدېدای
شي.

د INTERMITENT د تداوي له پاره داسې مرکز
جوړ شي چې د ناروغ د کار ځای یا کور ته یا د کار ځای
او کور لارې ته نږدې وي، لکه ښوونځی، صحي مرکزونه
د فابریکو صحي مرکزونه، عمومي روغتونونه او داسې نور

که د شارټ کورس 4-5 میاشتو او د ستندرډ تداوي
9-12 میاشتو کې AFB منفي شي نو ناروغ صلاح پیدا
کېږي. که څلور کاله صلاح دوام وکړي، شفاء قبلېږي
په توبرکلوز کې قطعي شفاء نشته حتی (60) کاله
وروسته توبرکلوز بیرته فعال شي او یا ریډ، مکروب
بیا فعال شي او ناروغي یې منځ ته راوړي.

د سل ضد دارو په لمړي ګروپ درمل او دویم ګروپ یا

Reserve drugs وېشل کيږي.

FIRST LINE هغه دارو چې په شروع کې استعمالیږي

درمل نومیږي او لاندیني صفات لري:

۱- ارزان وي.

۲- ضررې کم وي.

۳- په اسانه تطبیق شي.

۴- زیات مؤثر وي.

کیدای شي یو رنګي ټول خواص په لومړي ګروپ درملو کې موجود نه وي لکه RIFAMPICINE چې ارزان نه دي.

لومړی ګروپ درمل په لاندې ډول دي:

(۱) STREPTOMYCINE

(۲) ISONIZIDE

(۳) ETHAMBUTOL

(۴) RIFAMPICINE

(۵) THIACETAZONE

(۶) PYRAZINAMIDE

RESERVE DRUGS:

(۱) PAS

(۲) ETHIONAMIDE

(۳) PROTHIONAMIDE

(۴) CYCLO-SERINE

(۵) VIOMYCINE

(۶) KANAMYCINE

(۷) CAPRIOMYCINE

د تداوۍ په لړکې باید لاندینۍ اجتماعي ټکي هېر نشي:

که ناروغ وغواړي چې نامزد شي باید د شیموتیراپی تر بشپړولو پورې نامزد نشي، او که نامزد وي د تداوۍ تر تکمیلیدو پورې باید واده وځنډول شي او که واده هم شوی وي د تداوۍ تر تکمیلیدلو پورې باید حاملګي وځنډول شي.

جراحي تداوي:

دلته د جراحي میتود تشریح کول زموږ موضوع نه ده، یوازې دومره باید واضح شي چې په هغو ناروغانو کې چې آفت په عین ځای کې له تداوۍ سره - سره بیا هم تکرار شي او د دوا اغیز ونه لري نو د سږي برخې ریسکشن RESECTION ورته اجرا کیږي. همدارنګه که خونریزي تر دې حده او اندازې پورې شدیده او تکراري وي او د جدي تداوۍ سره د ناروغ ژوند تهدید کړي، نو باید جراحي مداخله وشي البته هغه ځای چې وینه ورکوي باید معلوم وي.

که چیرې ما حضبه RESECTION شوي وي یا د اتیلکتازي یا EMPHYSEMA پیدا شي نو د مخنیوي له پاره ټوراکو پلاستي اجرا کیږي.

STREPTOMYCINE (Sm یا S):

دغه درمل د یو ډول د سټرپټو مایسس ګریزیس سیروس څخه جوړیږي
Sm د لومړني درمل دی چې په بریالیتوب د ګه د سل په ناروغانو کې تطبیق شو. په مایکروباکتر یا اورګانیزمانو شمیر مایکرو ارګانیزمونو باندې باکټریسید (BACTERICIDE) تاثیرلري، خصوصاً که محیط القلوي وي.
Sm اکستر اسیلولر مایع ته رسیږي. پریکارد، پلورا، پریتوان او SYNOVIAL مایع ته هم نفوذ کوي. نورمال MENINGES ته ډېر کم یا هیڅ نفوذ نه کوي. پلاسنټا ته تیریږي. زیاته اندازه یې پرته له کوم بدلون څخه د پښتورګو د لارې اطراح کیږي او ډېر لږ . اندازه یې د صفرا له لارې څخه اطراح کیږي.
DOSAGE : په غټانو (کاهلانو) کې د ورځې یو ګرام د عضلي له لارې تطبیق کیږي. شپیته (60) کلنو او له هغو څخه پورته زړو کسانو ته ½ ګرام او له 45 کلنو څخه ورو سته عمر لرونکو ته 0,75 ګرامه او په کوچنیانو کې د بدن په هر کیلو ګرام 20 mg تطبیقیږي.
سټرپټو مایسین په PREGNANCY او MYASTHENIA-GRAVIS کې ...

کې به ور کړل کېږي ، کې په ... ناروغ د پېچتونو گي لاندې ولري
به حضره دار ، ... لکه ... یې ... چې یې ... کړې
کېږي باید په ډېر احتیاط سره ورکړل شي .
[illegible]
خو ... STREPTOMYCINE د ... کار کولای شو
... ... VIOMYCINE د ... کېله د
او KANAMYCINE په مقابل کې ... مقابله مقاومت —
میخ ته راشي .
د INTRATHECAL لپاره ... 1 mg / kg د بدن وزن ورکول
کېږي خو باید مجموعي مقدار یې د 50 mg څخه تجاوز ونکړي :
که ... ...
... گرام ... گرام ... گرامه ... په شکل موجود
دی . د INH سره ... هم ... په شکل موجود دی
دغه ... ترکیبي شکل ... — TB-MENINGITIS
کې که ناروغ استفراق ولري او خولې لپاره ... وا نشي
اخیستلای ، تطبیقېږي . [illegible]
... INH باکتریسید تاثیر لري ، د حجرې داخل (د ... (
به نفوذ کوي ، د خولې له لارې ... جذبېږي ، په وجود
کې د ACETYLIATION په ذریعه تجزیه او له منځه ځي .
د ... ... د ... انزایم چې TRYPTOPHAN
نه د NICOTINIC ACID ... کې رول لري ، مخنیوی
کوي . له ... څخه ... کله چې ... د Vit. B6 د

او VIRCINE فقدان لیدل کیږي

هر بیمار له د و ر ی څخه ګرانه یوځای پی

کاسګ اشاتږ د خولې لاندې اتیار کیږي

تجربه او تاریخ

MILIARY TUBERCULOSIS او HEMATOGEN TB

TB - MENINGITIS کې په شروع کې

هر کیلو ګرام وزن د پاره کنټرول کیږي

خوړل کیږي . د زړه شکل لپاره هم موجود دی

ET-R-PASIS m دوا وی لکه

سره یو ځای کیږي او هم موجود دي . د ایجاد پاره

اندازه ، په اغیزناک الي تر کارېدو وروسته اداره او هم

دتداوي په شروع کې او هم د تداوي په دوام کې

ورکول کیږي .

که شارټ کورس تداوي وي او یا مختلف کورس

همدا رنګه په شیمو پروفیلکسي

په INTERMITANT تداوي کې 15mg/Kg د

بدن وزن ورکول کیږي او vit B_6 هم 10 mg ورسره

علاوه کیږي .

شا وړه اغیزې : که غذايي مواد په کافي اندازه

او هم نارنج RAPID ACYTYLATOR تداوي مرکزي

او محیطي عصبي اختلاطات ډېر کم لیدل کېږي او دغه ټولې
د Vit B6 له کمبود څخه منځ ته راځي.
CONVULSIONAL GIDDINESS د حاد تسمم نښه ده. د تسمم
په صورت کې 100 mg Vit B6 د ورید له لارې تطبیقېږي
او ډېر څه ژړنیې ورکوي. PSYCHOSIS هم د Vit B6
په واسطه ښه کېږي.

HEPATITIS تر نورو اختلاطاتو زیات لیدل کېږي
څنګه چې INH اکثراً د RIFAMPICINE سره
یوځای ورکول کېږي او دا دواړه درمل په ځګر ناوړه
اغېزې لري.

همدارنګه ATHRALGIA، PELLAGRA، ACNE،
GYNACOMASTIA، LUPOID REACTION
HENÖCH CHOWENLEIN-PURPURA، دوییم اختلاطات لکه؛
HEMOLYTIC ANEMIA، APLASTIC ANEMIA او
AGRANULOCYTOSIS هم لیدل کېږي.

د یادونې وړ خبره دا ده چې INH په GLYCEMIA
هم تاثیر لري.

RIFAMPICIN یا RIFAMYCIN (R):

په MYCOBACTERIA او یو شمیر نورو میکروبونو باندې BACTERICIDAL تاثیر لري، د خولې له لارې ډېر ښه جذب ېږي، خو غذایي جذب یې لږ ځنډولی شي. CSF او د بدن نورو انساجو ته نفوذ کوي. د صفرا او ۱۰٪ د ادرار له لارې اطراح کېږي. څرنګه چې غذایي جذب ځنډوي، نو له دې کبله باید له ډوډۍ څخه مخکې وخوړل شي. له دې کبله چې په ځیګر باندې ناوړه اغېزه لري، نو د ځیګر صفراوي لارو په ناروغیو کې باید ونه کارول شي. RIFAMYCIN د خپلې کورنۍ له درملو پرته د نورو درملو سره کراسي مقاومت نلري، څرنګه چې RIFAMYCIN د ځیګر میکروزمل په جوړولو اغېزه لري، نو له همدې کبله د بعضې درملو HALF-LIFE په سیروم کې کموي پس اغېز، یې هم کمه وي لکه کورتیکو ستیروئیډ ORAL – CONTRACEPTIVE، COUMARIN، DIGOXIN بعضې ORAL ANTIDIABETIC، NARCOTICS انالجیزیکونه PHENOBARBITOL، METHADONE او MORPHINE.

څرنګه چې دا درمل د ادرار د رنګ د سوروالي سبب

کېږي، نو له همدې کبله باید تاریخ د تداوي د شروع کېدو څخه مخکې وپوهول شي. HEPATITIS ، جلدي عکس العمل، معدې معايي اعراض او THROMBOCYTOPENIK PURPURA د تداوي په لړ کې لیدل کېږي.

د INTERMITENT تداوي په جریان کې SHOCK، DYSPNEA، FLU SYNDROME، ACUTE RENAL FAILURE او HEMOLYTIC ANEMIA لیدل کېدای شي. په فلو سنډروم کې IMMUNE میکانیزم رول لري.

که چېرې په دې تنې حساسیې اعراض ولیدل شي دارو باید فوراً قطع شي.

DOSAGE: په لویانو کې چې عمر یې له (50) کلونو څخه کم وي (450 mg) او که عمر یې له پنځوس کلنۍ څخه تېر شوی وي (600 mg) ورکول کېږي. کوچنیانو ته 10 - 20 mg د بدن په هر کیلوګرام وزن ورکول کېږي.

په INTERMITENT تداوي کې 600 - 900 ملي ګرامه ورکول کېږي.

یادونه: که کومه ښځه غواړي چې د حمل نه مخنیوی وکړي او هم د سل په ناروغۍ اخته وي او R اخلي باید د ORAL-CONTRACEPTIVE اندازه زیاته کړای شي.

ETHAMBUTOL :

باکتریو ستاتیک اغیزه لري ، متقابله مقاومت نلري ، دخولې له لارې ښه جذبېږي او پرته له تغیر بدلون څخه اطراح کېږي . په وېښتو کې چنیایان او هغو خلکو کې چې د سترګو ناروغۍ ولري ډېر ورکول کېږي . د پښتورګو په ناروغیو کې باید ډېر ونکړل شي او که ورکول کېږي باید په ډېر احتیاط سره ورکړل شي . ډېر لږ HEPATITIS سبب کېږي ، همدارنګه په ډېره کمه اندازه د URIC ACID سویه په وینه کې لوړېږي NEURITIS – RETROBULBAIRES د مهمو اختلاطاتو څخه شمېرل کېږي .

DOSAGE :

د تداوي په شروع کې 15-25 ملي ګرامه د بدن په یو کیلوګرام وزن ش دوه میاشتو پورې او وروسته 15 mg/kg ورکول کېږي .

په INTERMITENT تداوي کې 30-40 mg/kg ورکول کېږي .

THIACETAZONE :

باکتریو ستاتیک تاثیر لري ، په وروسته پاتې هېوادونو کې INH سره یوځای ورکول کېږي . په افغانستان ، پاکستان ، هندوستان او افریقایي هېوادونو کې زیات استعمالېږي .

– (PRIMARY PULMONARY د <u>EPITUBERCULOSIS</u>
INFECTION دا سناوی

نسج : که چېرې د BRONCHUS دیوال خراب کړي او
دغه خراب شوی نسج په BRONCHUS کې داخل شي او
د دغه نسج په مقابل کې چې د توبرکلوز باسیل هم پکې شته
یو الرژیک عکس العمل منځ ته راځي چې په نتیجه کې PNEUMONIA
پیدا کیږي ، دغه شکل (PNEUMONIA) ته پخوا EPITUBERCULOSIS
ویل کېده چې اوس نو هم پرې اصطلاح دومره نه استعمالیږي

<u>MT : (MONTOUX TEST) :</u> مانټو یو عالم و چې
دلومړي ځل له پاره یې د (TUBERCULIN TEST) په –
(INTRADERMAL) رایج کړل .

<u>PPD (PURIFIED PROTEIN DERATIUE)</u> : –

په دې شکل (TUBERCULINE) کې د
(Myco BACTERIUM TUBERCULOSIS) د ترکیب نه
یو اندازه (PROTEIN) لاس ته راځي او په مختلفو غلظتونو
استعمالیږي .

<u>CURE (بهبود – علاج)</u> : که چېرې د توبرکلوز –
ناروغي یې غیر فعالې –

هغه خلک چې د مغلو په نژاد پورې اړه لري ، د دې دوا په مقابل کې یې تحمل کم وي . د دوا تحمل د یوه هېواد د خلکو تر منځ نسبت بل هېواد ته توپیر لري ، حتی د عین هېواد خلک دا دانه په یو شان نشي زغملای . د افغانستان د مېرکنې او غربي سیمو د اوسېدونکو تحمل نسبت د ختیځو سیمو خلکو ته کم دی .

د PROTHIONAMIDE او ETHIONAMIDE سره متقابل مقاومت لري .

کبدي ، معدي معايي او د رویت (VISSION) تشوشات د منظمې التهاب او VERTIGO د تداوی په جریان کې لیدل کېدای شي ، خو تر ټولو زیات معدي معايي اختلاطات زیات لیدل کېږي .

DOSAGE :

150 mg غټانو ته ورکول کېږي ، په بازار کې د THIAZINA او DIATEBEN په نامه پیدا کېږي چې 300 ملي ګرامه INH او 50 ملي ګرامه تیاستیازون ورکې په ګډه ډول موجود دي .

هغه کوچنیانو ته چې وزن یې له 10 کیلو ګرامو څخه کم وي $\frac{1}{2}$ تابلیت ، هغه چې وزن یې 24 - 20 کیلو ګرامه وي یو تابلیت ، هغه چې وزن یې 29 - 25 کیلو ګرامه

ملي ګرامه تابلیته وړې کارول کیږي. هغه ګرځنیان چې په تابلیت نه د کارولو کیږي باید 100 ملي ګرامه اضافی INH هم ورته ورکړل شي.

PARA-AMINOSALICYLIC ACID (PAS):

یوځای په مایکوباکتریا باندې باکتریوستاتیک تاثیر لري. د INH سره یوځای ورکول کیږي. جذب یې ښه دی، د پښتورګو له لارې اطراح کیږي، نو ماغزه CSF ته نفوذ کوي، د پښتو رګو په ناروغیو کې باید ونه کارول شي او هم په هغو ناروغیو کې چې مالګه نه ورکول کیږي PAS سوډیم ورکول منع دی.

په بازار کې یو ازې د تابلیت په شکل او هم د INH سره یوځای د ISO-BENZACYL په نامه موجود دی. د محلول په شکل د STA-PAS په نامه هم موجود دی.

ناوړې اغیزې:

جلدي اعراض، تبه، HEPATITIS او د پوتاشیم کمبود. منع شوې ناوړې، وینه لږ د پښتورګو د حاد عدم کفایې سبب کیږي، خوښ نفرت زیات معدي معایي اختلاطات منع د ناوړې HEMOLYTIC ANEMIA، PROTHROMINEMIA

او THROMBOCYTOPENIA يې د نادرو –
جانبي اعراضو (SIDE EFFECTS) څخه دي.
که د اوږدې مودې له پاره وخوړل شي GOITRE
او د تیرائید عدم کفایه منځ ته راوړي.

PYRAZINDIC ACID AMIDE

(PYRIZINAMIDE يا PZA يا P) :

پیرازین په مایکو باکټریم باندې باکټریسید اغېزه لري. د
خولې له لارې ښه جذبېږي. هم CSF او هم د وجود
هر نسج ته ښه نفوذ کوي، متقابله مقاومت نلري، په دې
خاطرچې د URIC ACID اطراح له پښتورګو څخه –
خرابولای شي، نو په وینه کې یې اندازه زیاتېږي.
په ناروغانو کې که GOUT موجود وي تشدیدېږي
بې اشتهايي، زړه بدوالی، په لوړه اندازه کانګې او د
مغز سوروالی لیدل کېږي.
د بندونو دردونه چې د URIC ACID د زیاتېدو له کبله
منځ ته راځي لیدل کېدای شي، کمڅه هم په ځیګر بده
اغېزه نه لري، خو که مزمن HEPATITIS موجود وي
نه وي ترکول کېږي، نادراً د SEDRO BLASTIC ANEMIA

سبب کیږي . همدارنګه فوټو سینسټیویټي (PHOTOSENSITIVITY) لري .

DOSAGE : ورځنۍ مقدار یې په کوچنیانو او

غټانو کې 40 mg د بدن په هر کیلوګرام او په INTERMITENT تداوي کې 50 mg د بدن په هر کیلوګرام ورکول کیږي.

که هغه غټانو ته چې وزن یې له 50 kg څخه زیات وي او په هفته کې 3 ـ 2 ځلې ورکول کیږي ، نو 75 mg/kg د بدن په وزن سنجول کیږي .

ورځنۍ مقدار یې 1-5 gm ، په هفته کې درې ورځې ، هره ورځ دوه ګرامه .

که په هفته کې دوه ورځې ورکول کیږي نو هره ورځ درې ګرامه.

د هغه ناروغانو چې وزن یې له 50 kg څخه زیات وي ورځنۍ اندازه یې دوه ګرامه .

که په هفته کې دوه ځلې ورکول کیږي د ورځې 3.5 ګرامه .

که په هفته کې درې ځلې ورکول کیږي د ورځې 2.5 ګرامه .

PROTHIONAMIDE او ETHIONAMIDE:

دا دواړه دواګانې د خولې له لارې ښې جذبېږي، د مخ
قلوي خوند لري او د SALIVA افرازات زیاتوي. په
عضویت کې په پوره ډول تجزیه کېږي. د دواړو ترمنځ
متقابله مقاومت پیدا کېدای شي (CROSS-RESISTANCE)
دا دواړه د یو بل په شان اغېزه لري خو PROTHIONAMIDE
په ښه ډول تحمل کېږي.

ناوړه اغېزې: د فلزي خوند او لعابي افرازاتو
زیاتوالی، سرګیچه، کوڼوالی (DEAFNESS)، DIPLOPIA،
IMPOTANCE، HYPOTANSION، GYNAECOMASTIA -
عصبي تشوشات، د ښځو د میاشتې CYCLE تشوشات
HYPOGLYCEMIA، د محیطي عصابو التهاب او
داسې نور تشوشات هم منځ ته راتلای شي.

DOSAGE: ځوانو ته چې وزن یې له 50 kg څخه
کم وي 750 ملي ګرامه او که تر 50 kg پورته وي یو ګرام ورکول
کېږي. کوچنیانو ته 15 mg/kg ورکول کېږي. دغه دوا د
ټولې له پاره د شپې ناوخته ورکول کېږي.

CYCLOSERINE :

دا یو مؤثر درمل نه دی ، قیمت یې هم زیات او لنکنیک تاثیرات یې هم زیات دي ، مخصوصاً عصبي تشوشات ورته منځ ته راوړي ، حتی بعضې ناروغان چې دا درمل استعمالوي دځان وژلو پېښې یې لیدل شوې دي . دغه درملو استعمال ډېر کم دی . هغه ځای چې عصبي تکلیف یا مېرګي لري دا درمل نه ورکول کېږي .

ناوړه اغېزې : هغه مهال چې مقدار زیاتېږي هماغومره یې ناوړه اغېزې هم زیاتېږي ، HEADACH ، SLURRED SPEACH ، TREMOR ، CONFUSION ، DEPRESSION ، PSYCHOSIS ، CONVULSION ، DIZZINESS او په لنډه اندازه جلدي او دځینو تشوشات منځ ته راوړي .

DOSAGE : 500 mg - 1 G څو په منځو توګه د ورځې 750 ملي ګرامه ورکول کېږي .

د AMINOGLYCOSIDES گروپ توبرکلوز ضد درمل:

د SM، بسترپتومایسین، KANAMYCINE، VIOMYCINE او CAPREOMYCINE درملونه کله چې د لومړي گروپ دارو استعمال نشي، استعمالیږي.

VIOMYCINE او CAPREOMYCINE یو دبل سره COMPLETE CROSS (تام) RESISTANCE منځ ته راوړي او د SM، VIOMYCIN او KANAMYCIN یو بل ته PARTIAL CROSS R. (قسمي) منځته راوړي.

DOSAGE: 15 mg/Kg په لاندې ترتیب ورکول کیږي:

KANAMYCINE هره ورځ، مگر CAPREOMYCINE او VIOMYCINE په هفته کې ۲-۳ ځله.

CORTICOSTEROIDE: د دې له پاره چې د کورتیکوسترویید د تداوي اغیزه په توبرکلوز کې پوه شو.

د مایکو باکتریوم او بدن ترمنځ د دوران مبارزې په لړکې د الرژیک عکس العمل پېژندل لازم دی ، ځکه الرژیک دوه کمپونینټه یعنې ایمونیتي او هایپر ساسیتي ورېتي پرله پسې بدلون مومي ، کله د بدن مقاومت یعنې معافیت اوچت وي او کله حساسیت . هغه وخت چې د بدن توان معافیت کمزوری شي د الرژي بل کمپونینټ یعنې حساسیت لاس بری شي . د بدن د مبارزې په دغه حساس پړاو کې د ناروغۍ شدت منځ په زیاتېدو شي او اکثراً هیما توجن تیپ توبرکلو منځ ته راځي ځکه د هایپر ساسیتي له کبله انتشار او ایکزودیټ زیاتېږي او اکثراً د دغه لاندې وخیم توبرکلوزیک تیپ ناروغۍ لیدل کېږي . لکه میلیري سل ، د پریکارد ، پلورا ، پریتوان ، سحایا او داسې نور و سل .

په دغه وخت کې د مایکو باکتریوم د پروټین په مقابل کې HYPER SENSIBIlity منځ ته راځي نو د کورتیکوسترویید د اخېزو په اساس د دغه الرژیک لوکل او جنرل عکس العمل له منځه وړل دي .

کورتیکوستروئید باید په دغه لاندې ناروغیو کې ورنکړل شي :

د زړه عدم کفایه ، د وینې لوړ فشار ، د پښتورګو ناروغۍ - (نفریت) حاملګي (امیندوارو ښځو ته) د معدې زخم او ستیوپوروزس ، تراخم ، سفلس او د توبرکلوز په

لاندې حالاتو کې نه ورکول کېږي؛ کله چې د توبرکلوز د درملو ته RESISTANCE موجود وي. یا د سل ناروغ د سل تر څنګ لاندې نورې او یا کورټیزون ولري.

کله کله په کم ډوز کې هم ورکول کېدای شي، خو باید لوړ احتیاط څخه کار واخیستل شي. کورتیکوستروئید په لاندې حالاتو کې ورکول کېږي:

۱- TOXIC وضعیت، میلیري توبرکلوز، پریتونیت پریکارډیت منجیت، پلوریزی، توبرکلوزیک او همدارنګه EPITUBERCULOSIS کورتیکوستروئید عموماً د خولې له لارې ورکول کېږي. کله کله لوکل هم ورکول کېږي. که لوکل ورکول وغواړو لومړی باید د پلورا او پریتون مایع تخلیه کړو او بیا کورتیزون تطبیق کړو او د تطبیق څخه وروسته ناروغ ته وضعیت ورکول کېږي بیا بیرته تشیو ناروغیو کې کورتیکوتیراپي د لاندې ګټې لري:

د پریکارډ، پلورا، پریتوان او سحایا یا نیو د پل سره ترشحات او برید BRIDGE هم نه جوړېږي، همدارنګه په سلیري توبرکلوز کې د فیبروزس د منځته راتلو مخنیوی کېږي. تنفسي عدم کفایه هم نه جوړېږي چې فیبروزس او امفزیم که منځته راشي په کېږي د سږو د بډ RESTRICTIVE او OBSTRICTIVE وظیفوي خرابۍ منځته راځي.

چې د ښه دوا په وظیفوي بیلوالي د HYPOXIA سبب
ګرځي او HYPOXIA له درې لارو په تړاو فاشي کوي.

(1) SECOMDARY POLYCYTHEMYA
(2) PULMONARY-CORONARY-REFLEX
(3) PULMONARY VASO CONSTRICTION

چې دا پورتني دريګ واړه فکتورونه د ښي خوا د -
R.V.H یا COR-PULMONAL سبب ګرځي.

مقدار:

20 ملي ګرامه په ورځ تیزو لون او یا یې معادل د خولې
له لارې ورکول کېږي او تر اوه تر له پنځو اوو ورځو
تر درېیو میاشتو پورې، نظر په ناروغ، دوام ورکول
کېږي. او هم په لوکل ډول په پلورا او پریتوان کې تطبیقېږي
چې لومړی باید مایع تخلیه شي او بیا کورتیزون تطبیق
شي او ناروغ ته وضیعت ورکول کېږي.

مرحلې ته داخل شي او شپږ میاشتې نوره هم پرله‌پسې غیرفعاله پاتې شي دې ته صلاح یا بهبود (CURE) ویل کیږي.

HEALING : که چیرې د صلاح دوره ځلور کاله پرله‌پسې پر ته له کوم بدلون څخه ثابته پاتې شي نو شفاء (Healing) بلل کیږي، سره له دې چې په تبرکلوزکې قطعي شفاء وجود نه لري.

TUBERCULINE TEST : د سل دانتان (INFECTION)

د معلوموالو له پاره استعمالیږي، څه وخت چې د سل عامل بدن ته ننوځي د سل د عامل او د بدن په منځ کې سخته مجادله روانه شي په نتیجه کې د مکروب او د نسج د مبارزې نه الرژیک عکس العمل منځ ته راځي، چې دغه عکس العمل د توبرکولین تست په واسطه معلومیدای شي.

د لومړي ځل له پاره چیپله رابرت کوخ، د غه واکسین جوړ کړل او د ناروغی د مخنیوي له پاره یې استعمال کړل اما گټه یې ونه کړه او خیل ځای یې اوسني توبرکولین ته پرېښود چې د تشخیص له پاره استعمالیږي.

دوه ډوله توبرکولین موجود دی، یو یې OT اوبل یې PPD : (OLD TUBERULINE)

(PURIFIED PROTEIN DERIVATIVE)

څه وخت شیمو تراپي له ناکامۍ
سره مخامخ کیږي؟

د عضوي ولوستل که څېرې د تداوي پلان ښه ونه ښجول شي، خصوصاً په شروع کې دوه یا درې باکتري سید درمل د ځای و نکړل شي، مثلاً I.N.H او R سره ۹۵٪ ناروغان منګښه موږي، خو له بده مرغه هر وخت چې د نتیجې څخه ښه انتظار کېږي، هغسې لاس ته نه راځي. دا ځکه چې د تداوي اساسات چې څخه ښه لازم دي نه مراعات کیږي او د عمل په ډګر کې ۹۵٪ بریالیتوب نه ښو رسیدلای، نو د تداوي د نه بریالیتوب اسباب په لاندې ډول روښانه کوو:

۱- ناکافي COMBINATION

۲- په غیر منظم ډول د درمل اخیستل.

۳- له وخت څخه مخکې د درملو قطع کول.

۴- تسمم دوائي

۵- INITIAL RESISTANCE

(۱) دلته یوازې په تداوي کې د درملو شیږنه بلکې د مغز مقدار او موده د تداوي سره ګډ اهمیت لري.

دا د تخنیس بېلې بېلې کړې دي چې یو د بل سره کلکې اړیکې لري.

(۲) په غیر منظم ډول د درملو اخیستل: دا د تداوۍ د نا کامۍ د پر ستر عامل دی.

دا مسئله یوازې په وروسته پاتې هیوادونو کې نه بلکې په پرمختللیو هیوادونو کې هم دا ډول بې نظمي لیدل کېږي. که دارو ستر د وړاندېنیو څخه زیات قطع شي نو ورته DEFAULT ویل کېږي او د DEFAULT سببونه دا دي:

a: ناپوهي ده چې د ټاکل شوې مودې د پوره کولو په حیاتي ارزښت پوه نه وي.

b: سره له دې چې ناروغ ته ویل شوي هم وي چې د ټاکل شوې مودې تر پوره کېدو پورې باید دارو واخیستل شي، خو څرګنده چې د ناروغ اعراض او علایم ورک شي او د ناروغ وزن زیات شي، اشتها یې هم ډېره شي، نو ناروغ په دې مرحله کې د درملو خوب لوتر دوام ورکول بې ځایه ګڼي او بې ځایه پاره شي چې ګواکې له ناروغۍ څخه مې خلاصون وموند.

c: تبسم: څرګنده چې د درملو کومه ناوړه اغېزه څرګنده شي، ناروغ په خپل سر دارو قطع کوي او بیا نو ستګنه - پوره ډاکټر ته ورګرځي، نو پر-

نتیجه کې په ډاکټر او درملو تداوي باندې باور نه کوي.

د ایوړنې DEFAULT اسباب د ناروغ په ناپوهي، په پوړ نې آړه لري، او داسې ناروغان په نتیجه کې د ډاکټر او خپلوانو سره د مرستې نه کولو په ډله کې شمېرل کېږي.

d: د ناروغ پوهول: کله کله چې ناروغ ته د ناروغۍ سرایت څخه د مخنیوي، د روغ خوړلو، استراحت، بلغم توکول او داسې نورو هدایت نه وي ورکړل شوی او یا ناروغ پوه شوی نه وي.

e: د ناروغ سره ناوړه سلوک: د ډاکټر او طبي پرسونل سره سلوک او د هغوی له ناروغ سره بې ادبي او پر ناروغ باندې د اقتصادي ستونزو نه اوستل او ناروغ ته د پام نه کول او ناروغ د درملو اخیستلو ته تشویقول د دې برخلاف ناروغ له تداوي څخه مایوسه کېږي او دارو پر منظم ډول نه خوري.

F - د ټنداني مشکلات: کار له لاسه ورکول، تقاعد، بوړ، وږی کېدل، د خواخوږي مړینه او داسې نور ډیروند انزجار اوونه.

g- د ناروغۍ ګروپ: په ځینو هېوادونو کې پرته له دې څخه چې A، F، B په خپل اسکې کې مثبت (+) وي یوازې په ایکسرې او صدري اعراض او علایم دارو شروع کوي. د یوې لنډې مودې له تداوي نه وروسته

ناروغ د امید په خپل سر پرېږدي ، حوصله ګرم معکوس
عکس العمل هم نه ليدل کيږي ، نو ناروغ بيا نو ربې ‑
تداوي ته پسې نه ګرځي ، که هر څو مره د هغوی ښي پاهم
د درملو اخيستلو ته غاړه نه ږدي او نو بيا ناروغان هم
غلطه لار نيسي ونه کړي .

h – **فاصله :** کله ناروغ د درملو له مرکز څخه لېرې وي ، په پښو تښي راتلای او د موټر د کرايې وسه هم ‑ نلري .

i – **په نامناسب وخت کې کنټرولول :** چې د ناروغ د کار او کنټرول وخت يو له بل سره سمون ونه لري .

j – **اقليمي عامل :** کله کله د آب هوا بدوالی د ‑ DEFAULT سبب ګرځي .

k – خو هغه چې ناروغان د 2-3 مياشتو جدي تداوي په واسطه ښه کيږي د ناروغ ظاهري ښه کېدل او د ښه والي له کبله خوشالي د DEFAULT سبب ګرځي .

(۳) **د درملو وخته قطع کول :** دارو په منظم ډول د يو کې تاکلي موده له پاره نه اخلي . مثلاً يا د مهاجرت له کبله او يا په خپل سر .

(٤) **تسمم :** د دوا د تسمم چاره که په مناسب وخت کې و نه شي د دوا د قطع کېدو سبب کيږي .

(INITIAL RESISTANCE ۵) : په ځينو هيوادونو کې لوس

دا ډول مقاومت هم په زیاتېدو دی او همدا د تداوي د نتر
بریالیتوب سستی عامل ګڼل کېږي . نو ښه به دا وي چې د مقاومت
په باره کې پوخ معلومات ومانده شي .

: RESISTANCE (R)

د دوا په مقابل کې د مقاومت (R) منځ ته راتلل د تداوي د
د ناکامېدو ستر عامل بلل کېږي .
مقاومت (R) مسئله د دوا له استعمال څخه مخکې موجوده وي
او مسئله د تداوي په لړ کې منځ ته راځي . که چېرې مایکروباکتریا
هیڅ د دوا سره نه وي مخامخ شوې او د دوا په مقابل کې مقاومت
ولري دې ډول مقاومت ته طبیعي مقاومت (NATURAL R.)
وایي او هر دوسته د تداوي په جریان کې چې کوم مقاومت
پیدا شوی وي دې ډول مقاومت ته ترکیبي مقاومت (ACQUIRED R)
وایي . د ترکیبي مقاومت چې د تداوي په لړ کې ناروغ ته
پیدا شوی دی (SECONDARY R) بلل کېږي ، که هغه ا
مقاومت نوي نسل ته نقل شي TRANSFERRED DRUG-R.
بلل کېږي چې د GENTIC MATERIAL په ذریعه نقلیږي .
مقاومت یا MUTATION په ذریعه منځ ته راځي او یا
د ADAPTATION په ذریعه منځ ته راځي ، چې د عضویت
شکل کله کله د مکروب له پاره دومره مهم شي چې که درمل قطع
شي نو مکروب ژوندی نشي کولای چې دې ډول مقاومت ته

- DEFENDANCER ویل کېږي او دې عادتاً د SM
په مقابل کې منځ ته راځي.

په مقاوم AFB باندې په لاندې ډول سره درمل اغیزه نشي کولای:

۱- له حجروي دیوال څخه دارو نفوذ نشي کولای.

۲- د حجرې RECEPTOR بلاک شوی او درمل ورسره نشي یو ځای کېدای.

۳- د انزایم په واسطه دارو له منځه ځي.

په پورته ډول د مقاومت (R) په باره کې لنډ معلومات ورباندې شول، همدوسته لهدې چې دا چې R د توبرکلوز د تداوي په لړ کې خورا مشکلات منځ ته راوړي وځېږو:

که چیرې ناروغ د مقاوم مکروب په واسطه مبتلا شي د دې ډول مقاومت ته PRIMARY وايي، چې د غیر پرایمري مقاومت یا له بل ناروغ څخه اخیستل شوی چې په ځینو منظمه توګه تداوي شوي او مکروب پیدا د یو مقابل کې مقاوم شوي وي او یا مکروب په طبیعي ډول د دوا په مقابل کې مقاوم وي چې د غه مقاوم STRAIN ته چې د منځ ډول دوا سره نه دي مخامخ شوي WILD STRAIN وايي، چې WILD STRAIN په NATURAL R. پورې اړه لري.

که ناروغ د حساس مایکوباکتریوم په واسطه مبتلا شي او د ناروغ په وجود کې د تداوي په لړ کې مقاومت منځ ته راشي.

دغه ډول مقاومت ته SECONDARY مقاومت وايي. دا ډول
مقاومت د ډېر ابتدايي مقاومت نه ډېر مهم وي، ځکه چې
ابتدايي مقاومت د ناروغ په بدن کې نه دی تشکيل شوی، نو
څرنګه چې د ناروغ د بدن شرايط، له چا نه چې يې مقاوم مکروب
اخيستی، توپير لري نو د درمل اغېز هم نه واقع کېدای شي.
څرنګه چې SECONDARY مقاومت پخپله د ناروغ په بدن
کې د تداوي په بهير کې منځ ته راغلی دی، نو دوا يې تاثير نه کوي.
له بده مرغه دغه مقاومت د دامې درمل په مقابل کې
منځ ته راغلی وي چې د نورو درملو سره CROSS مقاومت
لري، که دا قسم دارو په تداوي کې شامل شي تاثير نشي کولای
مثلاً که يو ناروغ ته د Sm په مقابل کې مقاومت پيدا شي
نو د AMINDOGLYCOSIDE ګروپ نور ضد توبرکلوزيک
درملو په مقابل کې هم PARTIAL CROSS RESISTANCE
منځ ته راځي نو که دغه دارو لکه KANAMYCINE او CAPROMYCINE
VIOMYCINE ـ په تداوي کې علاوه کېدای شي تاثير به
ونه کړي. همدارنګه د THIOCETAZON په مقابل کې مقاوم
مکروب ETHIONAMIDE او PROTHIONAMIDE
په مقابل کې CROSS R. لري.
يو STRAIN يو درمل او يا څو درملو ته مقاوم وي
چې که يو په مقابل کې مقاوم وي MONOVALANT
او که د څو درملو په مقابل کې مقاوم وي POLY VALANT

بلل کېږي . کله چې کلچر ته د مقاوم ناروغ ور کول کېږي . کیدای
شي چې یو STRAIN د یوه درمل او بل STRAIN د بل درمل
په مقابل کې مقاوم وي ، نو په نتیجه کې د څو درملو په مقابل کې د
مقاومت راپور اخیستل کېږي .

په دې ډول مریضانو کې COMBINATION تداوي میکروب
له منځه وړي ، ځکه د کوم درمل په مقابل کې چې مقاوم
STRAIN موجود وي ، نو د بل درمل په واسطه چې د هغه په
مقابل کې حساس وي له منځه ځي . که وروسته له ختمېدو د
تداوي نه مخه کلچر اخیستل شي کیدای شي چې هیڅ مقاوم میکروب
نه وي موجود چې کلچر ورته وکړي ، نو ډاکټر فکر کوي چې
د لابراتوار راپور غلط دی . او س د دې اشتباه د مخنیوي
له پاره په کلچر کې COMBINETUBE استعمالېږي ، په سبب
د دې چې په څو تیوبونو کې یو درمل اچول کېږي ، په کښیا بل
تیوب کې هم دا یو رنګه درمل په عین مقدار اچول کېږي .
که POLYVALANT R. موجود نه وي په COMBINE
تیوب کې میکروب وده نه کوي .

کله کله په کلچر : TRANSITIEN DRUG RESISTANCE

میدیا کې چې په هغه تیوب کې یو درمل اچول شوی وي یو
STAIN وده وکړي یعنې مقاوم وي خو بیا له بیې کلچر میدیا-

کې د غه مقاوم STRAIN موجود ده وي او له منځه تللي وي چې
دې ته تېر یدونکې مقاومت TRANSITEN DRUG RESISTNCE
وايي .

د TRANSITIONE مقاومت میخانیکیت په لاندې
ډول توضیح کېږي:

د غه تېر یدونکې مقاومت چې د یو مخصوص STRAIN
لمنځه منځ ته راغلی وي شاید MONOVALANT وي .
څنګه چې ناروغ څو درمله یو ځای اخلي نو دغه مقاوم -
STRAIN د همغه درملو په ذریعه چې ورته حساس وي له منځه
ځي او بیرته په بې کلچر میدیا کې وده نه کوي .

له پورتنیو تشریحاتو څخه څرګنده شوه چې ولې د 95%
په سلو کې ښه نتیجه په لاس نه راځي، نو باید د تداوي د
پلان په جوړولو کې د هغې پښتې سره COMBINATION
درملو مقدار چې د څومره مودې له پاره ورکول شي، سم
وسنجول شي، په منظمه توګه د دوا خوړل تعقیب شي،
ناروغ او کورنۍ ته د تداوي په اهمیت پوه کړای شي، د
ټولنې د پوهې سویه لوړه شي، اقتصادي ستونزې لرې
کړای شي او ډاکتران د تداوي په لړ کې د مقاومت مسئلې
له یاده ونه باسي .

که یو ناروغ چې په خپله ځکی کې یې AFB مثبت وي
تداوي نشي په یو کال کې یې ناروغي 12 - 10 کیانو ته

سرایت کوي. چې بهترتیاوې هیوادونو کې چې INH او T یوځای استعمالیږي: ځکه چې T ورته ناڅاپي انټي‌ټب لري او په طبیعت کې د دې مقاوم STAINS موجود دي. نو ځکه تداوي د نظر هر یو مملکت باید په خپلو – هیوادوالو د تجربو څخه سره فیصله سره تصمیم ونیسي.

PPD لومړی ځل د « SIEBERT » او دهغه د-
ملګرو په واسطه جوړ شول، چې په بیلو بیلو غلظتونو
موجود دی چې له دری، پنځه اولس (3، 5، 10) غلظتونو
نه زیات استعمال لري. په بین المللی واحد کې
0.00002 mg PPD په یو ملی لیتر (CC) کې موجود دی
دغه توبرکولین اوس د ډنمارک د پاستور د مؤسسې له خوا
جوړیږي او (WHO) ته ورکول کیږي او دهغه
نړیوالې روغتیایي مؤسسې له خوا دنړۍ نورو هیوادو
ته استول کیږي او د نورو هیوادو د پاستور مؤسسې له خوا
ساتل کیږي چې د نورو روغتیایي مؤسساتو د اړتیا په
اندازه په ټولو مختلفو ځایو کې ویشل کیږي.
په دغه واکسین کې اوس یوازې د مکروب پروټین -
موجود دی او بس. ځکه الرژیک عکس العمل د مکروب
د پروټین په مقابل کې تولید یږي. د دې له پاره چې توبرکولین
د بوتل د شیښې په واسطه جذب نه شي (TWEEN 80)
ورسره یوځای کیږي او بوتل باید د امر له مخې ګرځنده
لري وساتل شي.
څرنګه چې (MYCOBACTERIUM) زیات شمېر
پولونه لري خو یو د بل سره (CROSS-REACTION)
ورکوي، نوځکه دیوه تایپ څخه توبرکولین جوړ شي
د نورو تایپونو له پاره هم کفایت کوي.

موضوع	مخ
(٤٥) خصوصیت څرنګه په لمستاکو سره مخامخ کیږی	٩٠
(٤٦) د ناروغ څارل	٩٣
(٤٧) د ناروغ سره ناوړه سلوک	〃
(٤٨) د ناروغ ګوندانه مشکلات	〃
(٤٩) د ناروغی ګروپ	〃
(٥٠) RESISTANCE(ω)	٩٤
(٥١) TRANSITIEN DRUG RESISTANCE	٩٧
(٥٢) PULMONARY DISEASES DUE TO NON TB	١٠٠
(٥٣) جدولونه	
(٥٤) ماخذونه	

مقدمه :

باوجود مصروفیت های فراوان تخصصی حرفه جراحی ومصاحبت کتب عزیز ، وپا به جز دو اطراف روحی ناشی از زندگی بی بطنی و بی هیچ چیزی وقت آنرا پیدا کردم که تا کتاب پر ارج داکتر دانشمند محترم متخصص صاحب افغان را از مطالعه بگذرانم .

سالها بود که در جامعه طبی ما در وزارت صحت عامه و هم در پوهنتون جای کتابیکه احتیاجات معلوماتی دوکتوران جوان را برآورده بتواند کاملاً خالی بود . دوکتوران یکه نمیتوانستند از لسان های خارجی بدرستی استفاده نمایند این مشکلات را بیشتر درک میکردند . از سوی دیگر رساله های کوچکی که درباره این موضوع حساس وحیاتی در جامعه افغانستان برشته تحریر درآمده بود نمیتوانست بصورت همه جانبه این مرض خانمانسوز را بررسی کند ، وراه های درست وقایه ، تداوی ، وکنترول آنرا نشان بدهد .

ازینرو فکر میکنم که متخصص صاحب الفتی با درک مسئولیت اجتماعی و وجدان قوی قدمی نیکو برداشته اند که هر طبیبی

متوجه آن گردیده است.

از طرف دیگر در شرایط نامساعدی که به دلیل دوری-
از وطن و عزیزان دامنگیر هر افغان می باشد این پژوهش
او را باید هر دوکتور بنظر قدر بنگرد.

من از خداوند (ج) میخواهم تا به دیگر طبیبان کشور ما
که در ممالک اروپایی و امریکایی در شرایط سهلتر کار و-
زندگی میکنند توفیق عنایت فرماید در برابر جامعهٔ افغان-
خاصتاً جامعه ای که بعد از رهائی از چنگال ابر قدرت وحشی
و خونخور روس با مشکلات صحی بی شمار برای ما باقی مانده
مسؤلیت خود را درک نمایند، و جواهر گرانبهای دانش و تجربه های
خویش را از گنجینه های دماغ در تربیت گاه های محصلان طب
و دوکتوران جوان به ارمغان بیاورند.

آری! من از خدای بزرگ برای خود و دیگر طبیبان میخواهم
که از محترم داکتر صاحب لغمانی سرمشق بگیرند، در رشته های
فنی خویش را سخاوتمند انتشار دیگران کنند.

با عرض حرمت

ومن الله التوفیق

دوکتور غلام سرور باختری

پشاور- پاکستان

۱۹۸۸/۳/۵

الله اکبر

WRITERS UNION OF FREE AFGHANISTAN

WUFA

1985

نړۍ رنځ (سِل)

مؤلف: دوکتور محمّد یوسف «لغمانی»

د وفا - دخپرونو سلسلې
(۲۷)

A. R. I. C.

RECEIVED DATE

FROM

نزی رشحۀ "سیل"

مؤلف: دوکتور محمد یوسف "لغمانی"

PROPERTY OF ACKU

دکتاب پیژندنځه

دکتاب نوم : نرۍ رنځ (سل)

مؤلف : دوکتور محمد یوسف لقمان،،

چاپ : نور محمد اکبر،،

خپروونکې موسسه : د آزاد افغانستان د لیکوالو ټولنه (رفا)

تیراژ : ( ) ټوکه

د چاپ نیټه :

د آزاد افغانستان د لیکوالو ټولنې مشر

پروفیسور رسول امین

د تالیف او ترجمې بورډ:

۱- حکیم تنهوال

۲- جګړن غلام دستګیر شکیب،،

فهرست

ګڼه	موضوع	مخ
(۱)	سریزه	(الف)
(۲)	دمولف سریزه	۱
(۳)	اصطلاحات	٤
(٤)	مشکوك واقعات	۱۲
(۵)	مثبت واقعات	//
(٦)	د MT مانتوتست دتطبیقولو طریقه	۱۰
(۷)	منفی عکس العمل څه معنا لري؟	۱۱
(۸)	MYCOBACTERIUM T.B	۱۳
(۹)	ZIEHL NEELSENS طریقه	۱۵
(۱۰)	B.C.G	۲۰
(۱۱)	د ناروغۍ کلنیکی بڼه	۲٤
(۱۲)	PRIMARY PULMONARY T.B	۲۲
(۱۳)	ERYTHEMA NODUSUM	۲۵

"لومړی"

موضوع	مخ
(۱٤) بیا ونکی پېژندنه	۳٦
(۱۵) د PRIMARY Com pLEX اختلاطات	۲۷
(۱٦) Miliary-TB	۳۰
(۱۷) کلنیکی بڼه	۳۱
(۱۸) PLEURAL EFFUSION	۳٤
(۱۹) د بولی تناسلی غړو سل	۳۷
(۲۰) تشخیص	۳۸
(۲۱) د پښتورگو سل	۳۹
(۲۱) د نارینه وو د تناسلی غړو سل	〃
(۲۲) د ښځو د تناسلی غړو سل	٤۰
(۲۳) د هډوکو د بندونو سل	〃
(۲٤) POTTS DIESASE	٤۱
(۲۵) ABDOMINAL T.B - TB	٤۲
(۲٦) پیریکاردیت	٤۳
(۲۷) اعراض او علایم	〃
(۲۸) هستوپتالوژی	٤٤

مخ	موضوع	شماره
٤٨	PHYSICAL SIGNS	(٢٩)
٥٤	په ایکسرې کې د ناروغۍ د وسعت ویش	(٣٠)
٥٥	لابراتواري معاینات	(٣١)
٥٧	د ACTIVITY تعینول	(٣٢)
٥٩	تشخیص او تفریقي تشخیص	(٣٣)
٦٠	کانسر	(٣٤)
٦١	ابسې	(٣٥)
٦٣	اختلاطات	(٣٦)
〃	د سږي سل ناروغۍ تخریبوي	(٣٧)
٧٢	جراحي تداوي	(٣٨)
٧٧	RIFA... یا RIFAMYCIN (R)	(٣٩)
٨١	PARA-AMINOSALICYLIC...	(٤٠)
٨٤	PROTHIONAMIDE او ETHI...	(٤١)
٨٤	PYRAZINOIC ACID AMIDE	(٤٢)
٨٦	د AMINOGLYCOSIDE ګروپ توبرکلوز ضد درمل	(٤٣)
〃	DOSAGE	(٤٤)
〃	CORTICOSTEROID	(٤٥)

"د ریم"